Rozeff (V. A.) Rodent ulcer [in Russian], 8vo. St. P., 1888

...академическомъ году.

№ 8.

(10)

[E]PITHELIOMA RODENS

(ULCUS RODENS)

ВЪ КЛИНИЧЕСКОМЪ

И

[П]АТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІЯХЪ.

Диссертація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ординатора хирургической клиники профессора Е. И. Богдановскаго

В. А. Розова.

...рами, по назначенію Конференціи, были профессоры: Н. П. Ива...скій, В. М. Тарновскій и частн. преподаватель В. А. Ратимовъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Д-та Удѣловъ, Моховая, 36.
1888.

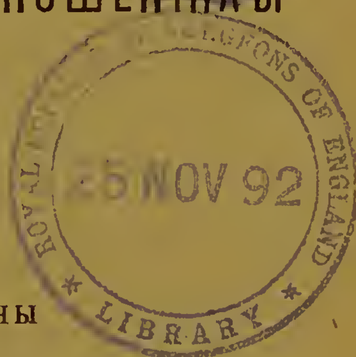
Серія диссертацій, защищавшихся въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 академическомъ году.

№ 8.

EPITHELIOMA RODENS

(ULCUS RODENS)

ВЪ КЛИНИЧЕСКОМЪ И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІЯХЪ.



Диссертація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ординатора хирургической клиники профессора Е. И. Богдановскаго

В. А. Розова.

Цензорами, по назначенію Конференціи, были профессоры: Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и частн. преподаватель В. А. Ратимовъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Д-та Удѣловъ, Моховая, 36.
1888.

Докторскую диссертацію лекаря **Василія Розова**, подъ заглавіемъ «Epithelioma rodens (ulcus rodens), въ клиническомъ и паталого-анатомическомъ отношеніи» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Ноября 15 дня 1888 г.

Ученый Секретарь **В. Пашутинъ**.

Тэма моей работы принадлежитъ моему покойному учителю ...встафію Ивановичу Богдановскому.

Вопросъ о разработкѣ ulcus rodens въ клиническомъ и ...толого-анатомическомъ отношеніи долгое время былъ одной ...ъ любимыхъ идей покойнаго учителя, стремившагося обос...вать клиническія симптомы на анатомо-гистологическихъ свой...вахъ новообразованія.

Мнѣ выпало на долю посильно осуществить разрѣшеніе этого ...опроса. Но смерть незабвеннаго учителя лишила меня возмож...ости публично благодарить его на этихъ страницахъ и за пред...оженную имъ тэму для настоящей работы и за тѣ знанія по ...инической хирургіи, которыми я всецѣло обязанъ ему, за...маясь три года подъ его руководствомъ.

Незабвенной памяти моего учителя да послужитъ ...отъ скромный трудъ по занимавшему его вопросу.

Среди новообразованій, поражающихъ преимущественно покровы лица, ulcus rodens или epithelioma rodens занимаетъ первое мѣсто по обширности мѣстныхъ разрушеній. Имѣя столь разрушительное мѣстное теченіе, оно не влечетъ за собой общаго зараженія. Это единственное новообразованіе гдѣ въ тоже время отложенія массъ его такъ незначительно, что оно долго принималось за язву. О природѣ этого язвеннаго новообразованія до сихъ поръ въ иностранной литературѣ не перестаютъ появляться спеціальныя изслѣдованія, съ весьма разнорѣчивыми мнѣніями о его природѣ. Съ тѣхъ поръ какъ были найдены эпителіальныя элементы, заложенныя въ строму, одни авторы причисляли его къ кожнымъ ракамъ, другіе къ аденомамъ кожныхъ железъ и т. д. По этому я охотно согласился на предложеніе моего глубокоуважаемаго учителя профессора Е. И. Богдановскаго заняться изслѣдованіемъ этого язвеннаго процесса въ клиническомъ и патолого анатомическомъ отношеніи.

Въ нашей литературѣ, кромѣ работы доктора Якобсона и сообщенія многоуважаемаго префессора Н. П. Ивановскаго о язвенномъ новообразованіи, которымъ страдалъ нашъ знаменитый хирургъ Н. И. Пироговъ—нѣтъ болѣе спеціальныхъ работъ, посвященныхъ изслѣдованію этой клинической формы. Представляя свое изслѣдованіе, я далекъ отъ мысли сказать что-нибудь

рѣшающее въ такомъ темномъ родѣ опухолей, каковы эпителіальныя и къ которымъ относится занимающее насъ новообразованіе.

Не могу не оговориться объ одномъ изъ недостатковъ моей работы: она не снабжена рисунками. Схематическіе рисунки очень мало выражаютъ дѣйствительную картину, а представить цѣлый рядъ рисунковъ, уясняющихъ какъ топографію новообразованія, такъ и его детали, у меня не было возможности по весьма многимъ обстоятельствамъ.



Заболѣванія человѣческаго организма, извѣстныя подъ именемъ новообразованій (neoplasma, tumor), уже въ древности занимали врачей своеобразностью своей натуры, и въ особенности тѣ изъ нихъ, которыя извѣстны подъ именемъ злокачественныхъ новообразованій. Съ тѣхъ поръ патологи и по настоящее время не перестаютъ удѣлять изслѣдованію ихъ не мало труда. Въ настоящее время ученіе объ опухоляхъ значительно подвинулось впередъ въ смыслѣ изученія микроскопическаго строенія, развитія, отношенія къ организму и т. д. Правда, болѣе точное изученіе, въ особенности гистогенеза и этіологіи, пока витаетъ еще въ области гипотезъ. Если бы мы хотѣли охарактеризовать въ общихъ чертахъ взгляды на гистогенезъ опухолей, то должны были бы раздѣлить воззрѣнія авторовъ на слѣдующія двѣ группы: по однимъ опухоли могутъ развиваться путемъ измѣненія уже существующихъ диференцированныхъ тканей или въ количественномъ отношеніи (увеличеніе), или въ качественномъ — произведеніе тканей, стоящихъ ниже въ развитіи, напр. круглоклѣточковая саркома состоитъ изъ ткани болѣе молодой, менѣе дифференцированной, чѣмъ напр. ткань фибромы (Virchow и его послѣдователи). По воззрѣніямъ другихъ авторовъ (Cohnheim, Пашутинъ, Thierfelder, Wölfler и др.) всѣ истинныя neoplasmata происходятъ не изъ дифференцированныхъ тканей, а напротивъ изъ ростковъ, которые долго сохраняютъ свои эмбріональныя свойства, оставаясь среди дифференцированныхъ тканей и при благопріятныхъ, хотя неизвѣстныхъ намъ условіяхъ, ростутъ и превращаются въ опухоль. Такой взглядъ на гистогенезъ распространяется какъ на доброкачественныя, такъ и на злокачественныя новообразованія (Пашутинъ, Cohnheim). Оба эти воззрѣнія имѣ-

ютъ за собой корифеевъ науки; окончательное же рѣшеніе вопроса все-таки принадлежитъ будущему. Понятно, что сообразно различнымъ взглядамъ на гистогенезъ новообразованій измѣняется и классификація опухолей. Безспорно самый темный отдѣлъ въ ученіи объ опухоляхъ представляетъ группа эпителіальныхъ новообразованій, въ особенности злокачественныхъ, или раковъ. Въ самомъ дѣлѣ, что такое ракъ? Вирховъ [1]) говоритъ: „я не думаю, чтобы нашелся человѣкъ, который былъ бы въ состояніи дать отвѣтъ, что такое собственно опухоль". Едва ли нельзя того же сказать и объ опредѣленіи рака, если мы вспомнимъ, что до сихъ поръ лучшіе патолого-анатомы допускаютъ существованіе соединительно-тканнаго рака, другіе считаютъ раковыя образованія только въ смыслѣ происхожденія изъ эпителія. Такое противорѣчіе во взглядахъ на гистогенезъ раковыхъ образованій какъ нельзя болѣе говоритъ о неточности нашихъ свѣдѣній о происхожденіи и развитіи этой группы новообразованій, весьма богатой обиліемъ формъ.

Отдѣльные виды этой группы изучены хорошо микроскопически какъ въ смыслѣ морфологіи, такъ и въ гистогенетическомъ отношеніи, въ смыслѣ роста, отношенія къ организму, микроскопическихъ признаковъ, словомъ даютъ полную картину структуры и клиническихъ признаковъ, позволяющихъ произвести весьма тонкую діагностику на больномъ и сообразно съ этимъ принимать терапевтическія воздѣйствія и дѣлать предсказаніе для здоровья больнаго. Есть между ними и спорныя формы, къ каковымъ принадлежитъ ulcus rodens, epithelioma rodens, или плоскій кожный ракъ авторовъ. Въ то время какъ одни авторы считаютъ эту патологическую форму за ракъ, имѣя въ виду главнымъ образомъ микроскопическую картину, подходящую подъ отпредѣленіе раковыхъ образованій въ морфологическомъ отношеніи, другіе, имѣя въ виду главнымъ образомъ клиническую картину, отрицаютъ раковую натуру этого образованія. Такія спорныя переходныя формы имѣютъ особенный интересъ какъ въ практическомъ смыслѣ для хирурга-клинициста, такъ и въ чисто теоретическомъ, стоя на границѣ между доброкачественными эпителіальными образованіями и злокачественными. Клиницисты

[1]) Ученіе объ опухоляхъ. Русск. перев., стр. 2.

опираются главнымъ образомъ на теченіе, несходное съ теченіемъ раковыхъ образованій; патолого-анатомы же, указывая на развитіе и микроскопическую картину, въ которой они видятъ черты существенныя для опредѣленія раковыхъ образованій, не смотря на несходство клинической картины, относятъ ее къ отдѣльной группѣ раковыхъ образованій подъ именемъ плоскаго эпителіальнаго рака, или поверхностнаго кожнаго рака.

Разсуждая теоретически, такое разногласіе можетъ зависѣть: a) отъ различія воззрѣній на раковыя образованія; b) отъ степени важности, какую авторы придаютъ не только морфологіи, но и клинической картинѣ. Другими словами, здѣсь идетъ рѣчь о томъ, должно ли классифицировать опухоли только по микроскопической картинѣ, т. е. имѣя въ виду одну морфологію образованія, или же на основаніи морфологіи и клиническихъ признаковъ, въ которыхъ проявляется вся совокупность свойствъ новообразованія, выражая „жизнь“ его. Въ своемъ мѣстѣ мы возвратимся къ этому вопросу болѣе подробно, а теперь изложимъ вкратцѣ взгляды авторовъ на эту патологическую форму съ клинической и гистологической точки зрѣнія.



Первый, описавшій это заболѣваніе въ 1827 г. и выдѣлившій его въ особенную клиническую форму, былъ англичанинъ Артуръ Джекобъ [1]). Ранѣе у старыхъ авторовъ оно было извѣстно подъ именемъ Noli tangere [2]). A. Jacob описалъ язву на вѣкѣ, которую онъ назвалъ «своеобразной» (peculiar). Вотъ какъ онъ ее описываетъ: «деструктивный язвенный своеобразный процессъ, который я наблюдалъ на вѣкахъ, разрушилъ ихъ и распространился на глазное яблоко, орбиту и лицо. Характерный признакъ заключается въ крайней медленности теченія, своеобразномъ состояніи краевъ и поверхности язвы, въ сравнительно незначительной болѣзненности, какою она сопровождается; неподатливостью другому лѣченію кромѣ экстирпаціи и въ томъ, что сосѣднія лимфатическія железы не пора-

[1]) An ulcer of peculiar character. By Arthur Jacob, M. D. The Dublin Hospital reports. 1827 г., стр. 232.

[2]) Thiersch. Der Epithelialkrebs u. s. w. p. 30.

жаются. Медленность теченія этой болѣзни дѣйствительно замѣчательна: изъ трехъ случаевъ, которые я наблюдалъ, въ одномъ (который на рис.) болѣзнь существовала 4 года и въ настоящее время мало подвинулась впередъ. Въ другомъ случаѣ, у незамужней дѣвицы 54 л., язва существуетъ 23 года и никогда не заживала. Глазное яблоко обнажено путемъ изъязвленія годъ назадъ, но до сихъ поръ не разрушено еще вполнѣ. Въ 3-мъ случаѣ, у мужчины 60 лѣтъ, болѣзнь явилась за 9 лѣтъ до смерти, а смерть произошла отъ совсѣмъ другой причины». Я сдѣлаю еще нѣсколько выдержекъ, такъ какъ отъ въ высокой степени наблюдательнаго автора не ускользнуло ничего, что составляетъ клиническую особенность ulcus rodens. «Страданія больныхъ не велики... Нѣтъ стрѣляющихъ болей и главнѣйшее неудобство вызывалось повидимому обнаженіемъ нервовъ». Что касается до вліянія на общее состояніе, то это видно изъ слѣдующихъ словъ: «Въ моихъ случаяхъ болѣзнь, въ самый разгаръ ея, позволяла заниматься обычными занятіями». А мужчина 60 лѣтъ «былъ веселъ и пользовался всѣми дарами жизни». Что касается начала развитія, то у одной больной «язва послѣдовала за ударомъ». У женщины, у которой болѣзнь длилась 23 года, «болѣзнь началась ядрышкомъ подъ кожей», существовавшимъ 2—3 года, которое она сорвала; образовалась язва, не заживавшая все время. Въ третьемъ случаѣ язва началась въ рубцѣ отъ «сливающейся оспы». Образовалась язва, которую Jacob описываетъ слѣдующимъ образомъ: «края возвышенны, гладки, змѣеобразны». «Кожа по сосѣдству не утолщена и не измѣнена въ цвѣтѣ. То, что находится между краями (т. е. дно), мѣстами является совершенно ровной, сосудистой и отдѣляющей поверхностью». «Въ другихъ мѣстахъ язва покрыта здоровыми повидимому, цвѣтущими и плотными грануляціями». Далѣе Jacob указываетъ на то, что язва можетъ мѣстами рубцеваться, но заживленія не бываетъ. «Отдѣленіе язвы не такое, которое хирурги называютъ нездоровымъ... желтое и чистое. Вони не больше, чѣмъ отъ обыкновенной язвы, если только пораженное мѣсто содержится чисто». «Сильныхъ кровотеченій не бываетъ и когда язва кровоточитъ, то источникомъ его являются поверхностныя вены, о не то чтобы сосуды разрушались путемъ изъязвленія». «Никогда пораженія лимфа-

тическихъ железъ я не наблюдалъ». «Болѣзнь распространяется исключительно путемъ изъязвленія». Послѣ такого описанія, говоритъ Jacob, едва ли еще нужно доказывать, что эта болѣзнь своеобразная и что ее нельзя смѣшать ни съ ракомъ, ни съ болѣзнью, которую назвали Lupus'омъ (или Noli tangere[1]). Отъ рака отличіе состоитъ въ отсутствіи стрѣляющихъ болей, фунгознаго разростанія, вони, дурнаго отдѣленія, кровотеченій и пораженія лимфатическихъ железъ, а отъ Lupus'а по отсутствію шелушащихся струпьевъ и воспалительныхъ краевъ, въ общемъ видѣ ея, теченіи и терапіи. Равнымъ образомъ болѣзнь отличается отъ той язвы, которая случайно поражаетъ старые рубцы и даетъ фунгозныя разростанія въ видѣ цвѣтной капусты». Что касается лѣченія, то Jacob признаетъ дѣйствительнымъ одно хирургическое лѣченіе. A. Jacob, классически описавъ язву, указавъ на ея характерныя особенности (медленное теченіе, отсутствіе пораженія железъ, инфильтраціи краевъ, незаживаемость и наклонность къ разрушенію), онъ имѣлъ полное право назвать ее особенной язвой, указывая на отличіе отъ раковъ, онъ тѣмъ самымъ призналъ неоплазматическій характеръ ея. Нѣкоторые другіе клиническіе признаки могли быть указаны только по изученіи морфологическомъ, каковое тогда еще не могло имѣть мѣста. Я нарочно остановился долѣе на описаніи Jacob'а, имѣя въ виду классичность описанія, а во вторыхъ — англійскіе авторы, признавая ulcus rodens за отдѣльную клиническую форму, описываютъ ее съ тѣхъ поръ почти въ тѣхъ же выраженіяхъ. «Особенная язва» Jacob'а получила только названіе «Rodent ulcer» и подъ этимъ именемъ описывается у англійскихъ авторовъ.

Brodie[2]) слѣдующимъ образомъ говоритъ объ этой язвѣ: „у человѣка мягкій узелокъ на лицѣ, покрытый гладкой кожей. Онъ можетъ назвать его бородавкой, но это совсѣмъ не то. Разрѣзавъ его вы увидите, что онъ состоитъ изъ плотной субстанціи... Бугорокъ можетъ оставаться на лицѣ въ теченіи многихъ лѣтъ, а затѣмъ, когда паціентъ старѣется, онъ можетъ потомъ изъязвляться. Язва распространяется медленно, но постоянно,

---

[1]) Здѣсь есть противорѣчіе съ Тиршемъ, который говоритъ, что ulcus rodens есть болѣзнь, носившая названіе у старыхъ авторовъ noli tangere.

[2]) См. Paget. Lectures on surg. Path. v. II, p., 453. 1853.

и если ее предоставить самой себѣ, можетъ занять цѣлую щеку, обнаружить кости лица и грозить жизни паціента; но для этого нужно нѣсколько лѣтъ... Этотъ бугорокъ и язву слѣдуетъ разсматривать какъ злокачественные. Тѣмъ не менѣе они не похожи на fungus haematodes или cancer по той причинѣ, что это есть болѣзнь чисто мѣстная. Она не поражаетъ лимфатическихъ железъ, а равно не бываетъ появленія подобной опухоли и въ другихъ частяхъ тѣла".

Эта язва названа была Paget'омъ [1]) „Rodent ulcer" и описывается имъ слѣдующимъ образомъ: „она неправильной формы, но въ общемъ приближается къ овальной, или круглой; дно хотя и глубокое и какъ бы вырытое, но въ большинствѣ своихъ частей не бородавкообразное, не узловатое и не зернистое. Оно отличается отъ канкрозной язвы отсутствіемъ или меньшимъ количествомъ новообразованной ткани (т. е. инфильтраціи); оно относительно сухо и блестяще, выдѣляя на поверхности мало ихора или гноя, и имѣетъ обыкновенно темный и красновато-желтый цвѣтъ. Край ея слегка или совсѣмъ не возвышенъ, рѣдко бываетъ подрытъ, округленъ или представляетъ незначительную бугристость. Непосредственно прилегающая кожа кажется здоровой. Дно и основаніе одинаково твердо, какъ будто связано со слоемъ индурированной ткани, около одной линіи въ толщину. Этотъ слой почти не увеличивается въ толщину по мѣрѣ распространенія язвы и въ этомъ заключается отличіе отъ канкрозныхъ изъязвленій. При распространеніи ulcus rodens мы видимъ только разрушеніе; при распространеніи canceris мы видимъ, что разрушеніе сопровождается новообразованіемъ и обыкновенно большимъ". Что касается макроскопическаго вида субстрата новообразованія, то, по Paget'у, онъ твердый, гладкій, или нѣжно фиброзный и мало сочный. Что касается элементовъ самого новообразованія, то, по Paget'у „ни края ни дно не содержатъ никакихъ элементовъ, похожихъ на элементы эпителіальнаго или какого нибудь рака", а состоятъ изъ элементовъ свойственныхъ грануляціямъ, „заложенныхъ между тканями, на которыхъ лежатъ язвы". Лимфатическія железы по Paget'у никогда не поражаются, какъ это бываетъ при ракахъ.

---

[1]) Brodie. Lectures on Pathology, p. 333.

Названіе „Rodent ulcer", разъѣдающей язвы, данное Пэджетомъ, было удержано и послѣдующими хирургами и патолого-анатомами и перешло вѣроятно изъ Англіи къ американскимъ ученымъ [1]).

Въ 1845 году Lebert [2]) назвалъ эту язву во Франціи ulcère cancroïde (ulcère rongeant, а позднѣе ulcus rodéns [3]). Въ своемъ сочиненіи „Physiologie pathol." описываетъ ulcère cancroïd du nez. „Женщина 70 лѣтъ имѣла продолжительное время на нижней боковой части носа язву величиной въ 2 франка, которую называли раковой (cancreux). Кожа совершенно разрушена и поверхность хряща была изъѣдена. При жизни эта язва отдѣляла блѣдно-желтый секретъ, по виду и консистенціи похожій на жирную глину". „Женщина умерла. На аутопсіи мы не нашли никакого раковаго пораженія внутреннихъ органовъ, это же доставило намъ возможность сдѣлать разрѣзъ дна края язвы на лицѣ. Можно было убѣдиться, что язва не имѣла канцерозной ткани. Отдѣленіе язвы, поразившее насъ при жизни больной, состояло изъ смѣси жировыхъ шариковъ и эпидермоидальныхъ чешуекъ на подобіе зеренъ d'elaine. При болѣе тщательномъ разсмотрѣніи это вещество поверхности язвы обязано обильному эпидермоидальному отдѣленію. Въ основаніи опухоли видны были волокна дермы и эпидермоидальные элементы, но нигдѣ и слѣда элементовъ, похожихъ на элементы рака. Мы замѣтили то же самое во многихъ случахъ, въ которыхъ ножомъ были удалены небольшія язвы лица, въ которыхъ никакія терапевтическія средства не могли вызвать рубцеванія" Lebert усиленно нотируетъ, что въ язвѣ онъ не нашелъ раковыхъ элементовъ и что не было пораженія внутреннихъ и другихъ органовъ, что доказано аутопсіей. Такого же характера язву (ulcère rongeant) онъ описываетъ и на portio vaginalis uteri у больной 56 лѣтъ, умершей отъ кровотеченій. На аутопсіи оказалось, что ни одинъ органъ не показалъ и слѣда раковой опухоли" [4]). Выдающееся свойство ulcère rongeant по Lebert'у [5]) состоитъ въ разрушеніи ткани. Хотя ulcer rongeant и по-

[1]) См. Agnew's Surgery, vol. III, p. 98. 1883 г.
[2]) Lebert. Physiologie pathologique 1845 г., т. II. p. 404.
[3]) Thiersch. l. c. p. 30.
[4]) Lebert. l. c. стр. 342.
[5]) Id. 291 стр. и слѣд.

кoится иногда на затвердѣломъ и воспалительномъ основаніи и имѣетъ такого же характера края, но въ нихъ нигдѣ нельзя найти истинной раковой ткани (veritable tissu cancereux). „На шейкѣ матки часто встрѣчаются язвы, которыя принимаютъ за раковыя; онѣ приводятъ къ смерти больныхъ вслѣдствіе анеміи и кровотеченій, которыми сопровождается это заболѣваніе"... "На аутопсіи же не встрѣчаютъ раковой ткани, а равно канцерозныхъ опухолей въ другихъ органахъ. Мы не можемъ сказать также, чтобы вся раковая масса была уничтожена изъязвленіемъ". „Если въ маткѣ есть настоящій ракъ, то мы находимъ его обыкновенно во влагалищѣ, въ различныхъ частяхъ матки и въ другихъ органахъ. Однажды мы встрѣтили канкроидную язву матки и въ то же время много фибромъ въ этомъ же органѣ, чего не бываетъ одновременно при настоящихъ ракахъ". „Канкроидныя язвы встрѣчаются иногда in recto, но безъ слѣда раковой ткани ни вокругъ, ни въ другихъ органахъ". Въ заключеніе Lebert говоритъ: „Различныя формы язвы, на которыя мы обращаемъ вниманіе патологовъ, какъ кажется очень существенно отличаются отъ настоящихъ раковъ".

Schuh отнесъ ulcus rodens къ плоскимъ кожнымъ ракамъ [1]) (Flacher Krebs). По Schuh [2]) его плоскій ракъ начинается маленькимъ узелкомъ въ кожѣ, но остается въ такомъ видѣ очень короткое время; такъ что рѣдко удается видѣть больныхъ въ этомъ періодѣ. Узелокъ переходитъ въ язву похожую на обыкновенную, но имѣющую слѣдующія особенности: отдѣляетъ мало гноя, дно не равномѣрно зернисто, но ровно и болѣе твердо, имѣетъ очень твердый край; совсѣмъ не имѣетъ наклонности къ заживленію, а напротивъ, въ теченіи мѣсяцевъ и годовъ все увеличивается. Распространяется язва главнымъ образомъ по поверхности, а не въ глубину, оставаясь поэтому всегда плоской. Эти признаки и отличаютъ эту форму (плоскую) рака отъ другихъ образованій, Schuh и назвалъ это заболѣваніе впервые „flasche Krebs, a' не Hautkrebs" именно потому, что онъ распространяется по поверхности; съ другой стороны — въ кожѣ могутъ быть различные раки (Vorwort. стр. VII). Если

[1]) Thiersch, l. c. p. 30.
[2]) Pathol. und Ther. d. Pseudoplasmen 1854, p. 268 и слѣд.

и бываетъ иногда мѣстами рубцеваніе (Uberhätung)—то подаетъ только тщетную надежду на выздоровленіе [1]. „Болѣзнь можетъ продолжаться долгіе годы, не причиняя страданія организму“. Наблюдалъ ли Schuh когда нибудь измѣненіе раковое при его flaschen Krebs во внутреннихъ органахъ? Никогда (Jnnere Organe werden von diesen Processe nie ergreiffen auch findet man bei den Leichenuntersuchungen nie an einem Eingeweide irgend eine andere Krebsform, стр. 270). Поражаются ли сосѣднія лимфатическія железы? Обыкновенно нѣтъ. „Но гдѣ уже разрушены многія или важныя части, происходитъ изоморфная (?) (isomorphe) инфильтрація сосѣднихъ железъ, отсутствіе сна, истощеніе, дурной видъ лица и лихорадка“ (стр. 270). А пораженія эти бываютъ настолько велики, что разрушается „остовъ носа, верхняя челюсть, глазное яблоко, орбита, небныя кости, рѣшетчатая кость, или кости черепа“. Что такое изоморфная инфильтрація, есть ли это раковое пораженіе или опухоль вслѣдствіе раздраженія отъ всасыванія продуктовъ, инфецирующихъ съ поверхности столь обширной язвы—не указано авторомъ. Какіе же гистологическіе элементы нашелъ авторъ при изслѣдованіи язвы? Въ одномъ случаѣ язвы, разрушившей половину лица, вѣко и большую часть верхней челюсти, авторъ нашелъ „круглыя клѣтки съ одиночнымъ, или двойнымъ ядромъ, весьма яснымъ при обработкѣ уксусной кислотой» (стр. 271), которыя авторъ называетъ эпителіальными. Что касается толщины новообразованія, то авторъ говоритъ, что «не смотря на большія разрушенія, на трупѣ не находятъ ничего отъ первоначальнаго рака, потому что тонкій слой въ послѣдніе дни жизни обыкновенно отмираетъ [2]).

---

[1]) Впрочемъ на стр. 270 l. c. Schuh говоритъ, что при чистомъ содержаніи дѣйствительное рубцеваніе можетъ происходить на значительномъ пространствѣ язвы.

[2]) Path. und Therap. d. Pseudoplasm. Такъ какъ терминъ «flache Krebs» родился на почвѣ систематики и номенклатуры нѣмецкихъ авторовъ, а оттуда проникъ и въ иностранныя литературы, то я позволю себѣ маленькое отступленіе по поводу его исторіи. Первый разъ онъ введенъ Schuh. Этотъ авторъ и поясняетъ—почему онъ избралъ терминъ flache, и почему именно Krebs. Имѣлъ ли авторъ въ виду анатомическую сторону процесса или клиническую? „Въ опредѣленіи понятія рака я остался на почвѣ практика, потому что всякое другое основаніе шатко“ (стр. V, Vorwort). Какъ же понимаетъ ракъ съ этой точки зрѣнія Schuh? Это видно

Изъ сказаннаго видно, что эта форма, которую Шу описываетъ какъ „flache Krebs", въ теченіи своемъ ничѣмъ не отличается отъ тѣхъ язвенныхъ формъ, которыя прежде приведены авторомъ подъ названіемъ ulcer rodent, ulcus rodens, ulcér rongeant etc. Съ клинической стороны ничего новаго не отмѣчено, но причислена она къ ракамъ подъ названіемъ „плоскаго рака". Насколько выборъ названія удаченъ, отчасти видно изъ сказаннаго въ примѣчаніи.

Rokitansky [1]), говоря о «канкрозныхъ язвахъ» кожи (т. е. происходящихъ отъ раковыхъ изъязвленій, нотируетъ, что въ то время какъ часть новообразованія распадается (изъязвляется) «вокругъ язвы, т. е. въ ткани, образующей края и основаніе прежде бывшей язвы, отлагается новая канкрозная масса въ видѣ инфильтраціи, или новыхъ узловъ». Описавъ характеръ

изъ тѣхъ выраженій, которыя онъ дѣлаетъ противъ Bennet'а и Lebert'а. которые выключаютъ его эпителіальный ракъ изъ раковыхъ образованій, Такое утвержденіе Schuh считаетъ нелогичнымъ на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) Эта pseudoplasma распространяется отъ одной ткани къ другой и вовлекаетъ ихъ, путемъ инфильтраціи, въ такой же процессъ. 2) Всѣ эпителіальные раки сопровождаются кахексіей, какъ и мозговикъ (Markschwanen). 3) Эпителіальный ракъ также поражаетъ сосѣднія железы—признакъ, по Schuh, весьма важный въ діагностикѣ рака. 4) Строеніе эпителіальнаго рака схоже съ медуллярнымъ ракомъ по альвеолярному строенію, формѣ клѣтокъ и т. д. 5) По ненормальному внѣдренію эпителія въ подлежащую ткань. Вотъ тѣ основанія, въ силу которыхъ его Epitheliae Krebs (flache, racinöser, körniger) должны считать за раки. Слѣдовательно и его flacher Krebs тоже долженъ имѣть тѣ же свойства, ибо онъ есть Krebs, а flacher отличаетъ его только отъ другихъ раковъ, какъ это онъ и самъ говоритъ. На сколько это такъ, будетъ видно изъ дальнѣйшаго, т. е. если вѣрно, что flacher Krebs ведетъ къ истощенію, поражаетъ сосѣднія железы и проч., то дѣйствительно это патологическое образованіе можно будетъ обозвать съ полнымъ правомъ „раковымъ", а въ отличіе отъ другихъ—плоскимъ ракомъ. Къ сожалѣнію, ставши на эту „логическую" точку, предложенную самимъ Schuh,—нельзя не видѣть противорѣчія между содержаніемъ понятія Krebs (какое далъ самъ авторъ) съ свойствами тѣхъ „Geschwürre", которые онъ описываетъ какъ flacher Krebs. Эпителіальный же ракъ опредѣленъ Шу такъ (стр. 268): „подъ этимъ именемъ понимается такая форма рака, которая или во всей массѣ, или въ большей части состоитъ изъ элементовъ, схожихъ (ähnlich) съ элементами мостовиднаго эпителія". Въ дальнѣйшемъ это названіе было удержано Тиршемъ и получило полное право гражданства въ нѣмецкой литературѣ, а отсюда было взято авторами другихъ націй.

[1]) Рокитанскій. Руководство къ патолог. анатоміи, ч. 1, отд. 2, русск. перев. Москва. 1849 г., стр. 149.

настоящей раковой язвы на кожѣ, авторъ указываетъ на существованіе другаго рода язвъ, отличныхъ отъ канкрозныхъ, хотя и называемыхъ канкрозными. «Замѣчательны тѣ канкрозныя язвы, въ которыхъ разрушеніе ткани происходитъ не только безъ замѣтнаго предшествовавшаго канкрознаго перерожденія, но даже безъ произведенія канкрозной сукровицы» (т. е. сукровицы, въ которой попадаются эпителіальные элементы). «Эти язвы, которыя столь часто, особенно на лицѣ, причиняютъ обширныя опустошенія и вообще считаются за канкрозныя по причинѣ разрушенія, распространеннаго на всѣ ткани безъ различія, и по причинѣ своей упорности—требуютъ во всѣхъ отношеніяхъ новыхъ, многосложныхъ и точныхъ изслѣдованій». Изъ этого видно, что язвы, которыя болѣе всего походятъ на ulcus rodens по теченію, признакамъ анатомическимъ и положенію (лицо), не считаются Рокитанскимъ за раковыя.

Въ другомъ мѣстѣ [1]) онъ говоритъ, что такія же язвы бываютъ и на маточномъ рыльцѣ. Онъ ихъ называетъ разъѣдающими (фагаденическими) язвами (ulcus corrodens Clarke'а). «Сія послѣдняя походитъ на канкрозныя язвы кожи: не имѣя основаніемъ ложнаго продукта (т е. новообразованія), она мало по малу разрушаетъ влагалище, часто даже больщій отдѣлъ матки, при чемъ разрушаетъ и примыкающую ткань, проходя до прямой кишки и мочеваго пузыря». Въ основѣ этого процесса, по Рокитанскому, лежитъ «медленный процессъ воспалительный».

Broca [2]) производитъ клѣтки новообразованія въ язвѣ изъ мальпигіева слоя и волосяныхъ мѣшковъ, вростающихъ въ глубину. Толщина слоя новообразованія не превышаетъ одного миллиметра, новообразованіе рѣзко отграничено отъ здоровыхъ частей.

Förster [3]) называетъ ulcus rodens другимъ именемъ: ulcus exedens. Въ текстѣ къ своему атласу [4]) Förster даетъ описаніе препарата изъ язвы на кожѣ лица, изъ котораго

---

1) Рокитанскій. l: c. часть II., перев. 1857 г., стр. 569.

2) Broca. Bullet. d. L'Academie d. Med. Nov. 1855.

3) Förster. Руков. патол. анат., перев. Ахшарумова 1856 г., а изд. 1859 г., стр. 84.

4) Förster. Handbuch. B. II, p. 846. Thiersch l. c. p. 31.

явствуетъ, что скопленія эпителіальныхъ клѣтокъ новообразованія имѣли видъ железисто-подобный, ацинозный. Можно видѣть, говоритъ Förster, что отъ клѣтокъ слизистаго слоя идутъ въ глубину corі железисто-подобныя продолженія, то бутылко-подобныя съ боковыми отпрысками, то цилиндрическія, длинныя и узкія. Видъ этихъ образованій таковъ, что невольно является мысль, «что здѣсь имѣется железистая опухоль, происшедшая черезъ новообразованіе железъ изъ rete Malpighii по типу ихъ эмбріональнаго развитія» (рис. на табл. XXXII, Fig. 5 вполнѣ соотвѣтствуетъ описанію). Въ другомъ мѣстѣ [1]) Förster говоритъ слѣдующее: «всѣ наблюденія, указывающія на развитіе эпителіальныхъ массъ этихъ опухолей (эпителіальныхъ раковъ кожи) изъ разрощенія нормальнаго эпителія, относятся не къ настоящимъ эпителіомамъ или канкроидамъ, а къ язвеннымъ сосочковымъ и железистымъ опухолямъ кожи, которыя только по наружному сходству были отнесены къ эпителіомамъ.» При послѣднихъ, по Förster'у, всегда бываетъ пораженіе лимфатическихъ железъ и даже внутреннихъ органовъ (стр. 85). Переходъ этихъ язвенныхъ сосочковыхъ и железистыхъ образованій въ ракъ авторъ допускаетъ возможнымъ, если подъ основаніемъ ихъ разовьется отдѣльно раковый узелъ (русск. перев., стр. 71), который потомъ и развивается уже самостоятельно.

Подъ именемъ «Noli me tangere» въ 1857 г. D-r Verneuil [2]) сообщилъ случай язвы на лицѣ, названной канкроидомъ. Больной 45 лѣтъ, средней конституціи; по причинѣ глухоты Вернейль не могъ узнать подробностей изъ анамнеза: извѣстно было, что язва существовала много лѣтъ. Была пользуема caustica, послѣ чего слѣдовали временныя улучшенія, а затѣмъ началось заболѣваніе съ изъязвившагося прыща на щекѣ. «Почти вся правая щека занята была очень поверхностнымъ изъязвленіемъ, начиная отъ верхней половины верхней губы до глазного яблока, съ полнымъ разрушеніемъ нижняго вѣка. Правая половина носа изъязвлена, а снаружи язва доходила до средины скуловой дуги. Здѣсь же, на уровнѣ

---

[1]) Förster. Supplement zum Atlas, s. 17, 1856.

[2]) Verneuil. Bullet. de la société anatom. de Paris. 1857, 2 série t. II, p. 35 и слѣд.

внутренней спайки вѣкъ и впереди m. masseteris находится на краю нѣсколько узелковъ еще не изъязвленныхъ, что указываетъ на эксцентрическое распространеніе изъязвленія. Язва казалась меньше во 1) вслѣдствіе стягиванія сосѣднихъ частей къ fossam caninam, какъ къ центру, рубцовой тканью, развившеюся послѣ повторныхъ прижиганій; во 2) большая часть боковой поверхности носа занята была бѣлымъ рубцомъ на мѣстѣ бывшаго изъязвленія. «Только небольшой, твердый, красный валикъ, ограничивающій этотъ рубецъ, продолжаясь къ периферіи вмѣстѣ съ изъязвленіемъ, доказывалъ, что язва, подживая въ рединѣ, продолжала изъязвляться». Изъязвившаяся часть покрыта «мясистыми разращеніями, не покрытыми распадомъ и не кровоточащими при дотрогиваніи». «Глубина разрушенія очень незначительна», только у нижняго орбитальнаго края вѣко разрушено во всю толщу, и «стилетъ погружался на одинъ сантиметръ»; это мѣсто занято было фунгозными разращеніями, аналогичными тѣмъ, которыя были на изъязвленіи. Общее состояніе здоровья очень удовлетворительно, и железы нигдѣ не увеличены. Вернейлемъ былъ поставленъ діагнозъ гипертрофіи потовыхъ железъ съ частичнымъ изъязвленіемъ на основаніи: «давности болѣзни», медленности теченія, серпигинозности распространенія, присутствія периферическаго валика, эксцентрическихъ возвышеній расположенныхъ въ дермѣ, и, наконецъ, на отсутствіи пораженія железъ. Кромѣ того общій видъ болѣзни разнится отъ другихъ заболѣваній на лицѣ, какъ то: lupus, cancroid въ собственномъ смыслѣ и сосочковая опухоль. Это именно типъ noli me tangere, специальный видъ котораго легче узнать, чѣмъ описать. Проникновеніе же болѣзни въ орбиту не можетъ служить противорѣчіемъ. Послѣ операціи оказалось, что «на уровнѣ нижняго орбитальнаго края вся толща кожи была разрушена; нужно было приподнять глазное яблоко, чтобы пойти глубже; кость была размягчена, (частичная резекція). Повторное разсмотрѣніе разрѣзовъ, взятыхъ изъ периферическаго валика (т. е. края язвы) «и возвышеній въ дермѣ», показало, что они состоятъ «изъ маленькихъ закругленныхъ бѣловатыхъ массъ, покрытыхъ эпидермисомъ и тонкимъ слоемъ дермы». Помѣщались они въ небольшихъ впадинахъ, «рѣзко ограниченныхъ» — ихъ можно

было вылущить; величина ихъ отъ 2 до 4 mm. Ткань этихъ образованій «рыхла, разсыпается на кусочки, не смѣшивающіеся съ водой». «На остаткѣ свободнаго края вѣка имѣютъ болѣе плотную консистенцію». При развертываніи этихъ тѣлецъ получались «цилиндры вѣтвистые, длиной отъ 12 до 15 mm.» При слабомъ увеличеніи микроскопа на цилиндрахъ замѣтны были «вздутія, съуженія и боковые придатки»; фигуры походили «на узловатые корни, несущіе на себѣ массу болѣе мелкихъ корешковъ». Придатки кончались «слѣпымъ концомъ», «вилообразнымъ развѣтвленіемъ», «цилиндрами или конусами». Эти образованія заканчивались «ясными контурами симметрически расположеннаго эпителія, а иногда ограничивались чѣмъ то въ родѣ ясной перегородки» (стр. 39). «Эти железистые элементы образованы полемъ мостовиднаго эпителія, расположеннаго правильной мозаикой». Клѣтки лежали такъ близко другъ къ другу, что ни одна изъ нихъ «не плавала свободно въ жидкости». На нѣкоторыхъ препаратахъ видно было «диффузное поле эпителіальныхъ клѣтокъ» вслѣдствіе значительнаго расширенія «трубочекъ», или отъ «сліянія трубочекъ», но съ очень рѣзкими контурами на периферіи, «такъ что въ нихъ можно было узнать тотъ же железистый характеръ». Отъ этихъ массъ выходили боковые отростки. Количество эпидермоидальныхъ шаровъ (globes epidermiques) было незначительно. Соотвѣтственно дну язвы—картина была та же. «Ткань, которая проникла въ орбиту, была точно такой же природы». Обстоятельство, почему здѣсь «железистая ткань» очутилась на такой глубинѣ, Verneuil объясняетъ тѣмъ, что потовыя железы лежатъ не на одной глубинѣ и сопротивленіе къ ихъ разростанію незначительно, вслѣдствіе отсутствія подъ ними плотной ткани (напр. кости, или хряща). Что касается размягченія кости, то Verneuil не могъ выяснить, есть ли это результатъ инфильтраціи железистыми элементами или благодаря только сосѣдству язвы. Гдѣ находилась болѣзнь, тамъ «сальныхъ железъ, волосяныхъ мѣшковъ и сосочковъ» не было. Но губа представляла въ этомъ отношеніи исключеніе, такъ какъ заболѣваніе потовыхъ железъ было еще не полное, и можно было найти здѣсь сальныя железы и волосяные мѣшечки». Несомнѣнно, что язва, описанная Вернейлемъ подъ именемъ noli me

tangere, по клинической картинѣ весьма походитъ на тѣ язвы, которыя англійскими авторами описываются подъ именемъ ulcus rodens. Что же касается гистологической картины, то опредѣленно сказать объ этомъ трудно.

Язва, описанная въ 1857 г. Volkmann'омъ [1]), по клинической картинѣ: сильно опухшимъ отвороченнымъ краямъ, бугристому дну и проч., не можетъ быть отнесена къ ulcus rodens. Да и микроскопическое строеніе убѣдило Фолькмана, что онъ имѣлъ дѣло съ изъязвившейся цилиндромой, что и заставило его обозвать эту язву «Cylinder-Geschwülst». Поэтому мы и не остановимся далѣе на этомъ случаѣ. Медленное же теченіе новообразованія весьма просто можетъ быть объяснено тѣмъ обстоятельствомъ, что клѣточныя массы претерпѣвали перерожденіе, свойственное этому роду новообразованій—гіалиновое, «близко стоящее къ коллоидному веществу, но не тождественное съ нимъ» [2]). Отсутствіе пораженія близлежащихъ железъ, наблюдавшееся въ этомъ случаѣ, свойственно вообще цилиндромамъ [3]).

Въ 1860 году Hutchinson [4]) собралъ случаи ulcus rodens, наблюдавшіеся въ различныхъ госпиталяхъ и различными хирургами Англіи. Сюда вошли случаи, бывшіе подъ наблюденіемъ Startin'a, Dixon'a, Critchett'a, Bowman'a, Poland'a, Caesar-Hawkins'a, Humphry и Fergusson'a [5]). Всѣхъ случаевъ 42. Гутчинсонъ приводитъ исторію болѣзни каждаго случая, и разсмотрѣвши, онъ сгруппировалъ ихъ въ таблицу [6]). Изъ 42 случаевъ—22 раза ulcus rodens наблюдался у мужчинъ и 20 разъ у женщинъ; самый молодой возрастъ 40 лѣтъ, самый старый—88 лѣтъ; въ среднемъ 60 лѣтъ. Поражается только лицо, за исключеніемъ одного случая, гдѣ ulc. rod. былъ около соска. На лицѣ чаще всего (36) вѣки, носъ и прилежащія части и одинъ разъ на ухѣ. Замѣчательно, что, въ противоположность раку, ulcus rodens ни разу не наблюдался на нижней губѣ, гдѣ онъ чаще

[1]) Virch. Arch. т. XII, 1857, стр. 293.
[2]) Проф. Н. П. Ивановскій. Уч. общ. патол. анат., стр. 526.
[3]) Проф. Н. П. Ивановскій, l. c., стр. 530.
[4]) Medical Times and Gazet. 1860, v. II, p. 158, 182, 237, 304.
[5]) Fergusson. Medical Times and Gazet for June 1885, p. 626.
[6]) Med. Times etc. 1860, p. 304.

всего бываетъ. Средняя продолжительность теченія — 8 лѣтъ. Наибольшая продолжительность—25 лѣтъ (случай № 28). Разрушено было все лицо (лобъ, носъ, щека и ухо), но безъ пораженія лимфатическихъ железъ и съ удовлетворительнымъ общимъ состояніемъ здоровья (безъ кахексіи). Въ другихъ случаяхъ болѣзнь длилась 6, 12, 14, 17, 18 лѣтъ безъ пораженія железъ (не говоря о внутреннихъ органахъ) и кахексіи. Что касается заболѣванія железъ, то только въ одномъ случаѣ железы были немного увеличены; но по словамъ больнаго это увеличеніе исчезало, опять появлялось, а послѣ вырѣзыванія язвы совсѣмъ исчезло. Очевидно, что это было воспалительное увеличеніе, а не на счетъ новообразованія. Гутчинсонъ говоритъ, что это самый важный симтомъ въ отличіе отъ раковъ. Что касается наслѣдственности, то ея вовсе нельзя было констатировать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больные могли указать что нибудь въ этомъ отношеніи. Болѣзненность язвы отсутствовала въ большинствѣ случаевъ, а гдѣ была, то мѣшала сну. Въ большинствѣ случаевъ количество новообразованія незначительно; края и дно слегка только уплотнены, да и это уплотненіе рѣзко отграничивалось отъ окружающихъ здоровыхъ тканей (т. е. отсутствіе инфильтраціи). Общее состояніе здоровья было удовлетворительно не смотря на болѣзненность и, при обширныхъ пораженіяхъ, повторныя кровотеченія.

Вотъ какъ формулируетъ свои выводы самъ авторъ [1]).

1) «Часто на одной или на обѣихъ сторонахъ лица наблюдается язва, характеризующаяся уплотненнымъ краемъ, наклонностью распространяться на прилегающія ткани, безъ ихъ различія. Язва распространяется очень медленно, безъ болей, не ведетъ къ кахексіи, не сопровождается пораженіемъ железъ или внутреннихъ органовъ».

2) «При разрѣзываніи края язвы или частей новообразованія не замѣчается клѣточковыхъ элементовъ (cellstructures), какъ въ ракѣ, а образованіе фиброзной ткани».

3) «Эта язва отличается отъ lupus exedens тѣмъ, что никогда не бываетъ въ молодомъ возрастѣ и никогда произвольно не заживаетъ; между тѣмъ какъ lupus exedens лишь рѣдко на-

---

[1]) L. c. стр. 306.

чинается послѣ 30 лѣтъ и обыкновенно имѣетъ наклонность, по истеченіи нѣкотораго времени, къ произвольному рубцеванію. Далѣе оба отличаются другъ отъ друга тѣмъ, что lupus имѣетъ на краю узелки и онъ воспаленъ, безъ уплотненія; язва же, о которой идетъ рѣчь, представляетъ плотный край безъ бугровъ и воспалительнаго раздраженія».

4) «Ulcus rodens отличается отъ cancer тѣмъ, что въ ней весьма рѣдко бываетъ наклонность къ образованію массъ новообразованія, никогда не бываетъ пораженія железъ и никогда не бываетъ отложеній во внутреннихъ органахъ».

5) «Ulcus rodens чаще всего появляется между 50 и 60 годами и одинаково часто у обоихъ половъ».

6) «Очень рѣдко встрѣчается на другихъ частяхъ тѣла кромѣ лица, и чаще всего на вѣкахъ».

7) «Страненъ и весьма знаменателенъ тотъ фактъ, что не наблюдалось ни одного случая, въ которомъ бы ulcus rodens появлялся на нижней губѣ первично, или черезъ распространеніе, между тѣмъ какъ эта часть весьма часто поражается эпителіальнымъ ракомъ».

8) «Діагнозъ ulcuns rodens обыкновенно легкій: язва съ твердымъ синуознымъ краемъ, расположенная на какой нибудь части кожи двухъ верхнихъ третей лица, продолжающаяся много лѣтъ, почти безболѣзненна и встрѣчающаяся у особъ средняго или пожилаго возраста, пользующихся хорошимъ здоровьемъ, безъ увеличенія лимфатическихъ железъ — подобную язву всегда можно назвать ulcus rodens».

9) «Прогнозъ разнообразится отъ степени распространенія болѣзни и ея лѣченія. Предоставленная самой себѣ, она будетъ медленно, но несомнѣнно, подвигаться впередъ какъ въ ширину, такъ и въ глубину и вѣроятно уничтожитъ жизнь паціента въ теченіи отъ 10 до 25 лѣтъ. Смерть произойдетъ вслѣдствіе истощенія, какъ результата нагноенія, кровотеченій, боли и т. д., и вѣроятность ея увеличивается иногда тѣмъ обстоятельствомъ, что паціентъ не можетъ принимать пищу, когда пораженъ ротъ». Когда же она удалена ножомъ, можно дѣлать благопріятное предсказаніе».

Что касается микроскопическаго строенія, то Гутчинсонъ находилъ слѣдующее: «рѣдко приходится видѣть, чтобы онѣ

(т. е. эпидермоидальныя чешуйки) вростали въ глубину, или бы имѣли такой характеръ и такое количество, что могли бы подать поводъ къ смѣшенію ихъ съ структурой эпителіальнаго рака».

Обстоятельное изслѣдованіе одной язвы, въ особенности съ микроскопической стороны, далъ Ed. Kirsch [1]). «Язва находилась на верхнемъ лѣвомъ вѣкѣ у 56 лѣтняго больнаго. Началась съ маленькаго узелка, а черезъ 2 года заняла $^{2}/_{3}$ верхняго вѣка, не проникая до періоста и кости marg. orbit. По очищеніи отъ гноя дно покрыто тонкими разращеніями ($^{1}/_{6}'''$ выс.). Края зубчаты, незначительно инфильтрированы, покрыты эпидермисомъ, не покраснѣвшіе. На днѣ язвы при микроскопическомъ изслѣдованіи Kirsch нашелъ «солидные клѣточковые цилиндры (Zellcylinder), состоящіе изъ 3 — 6 круглыхъ клѣтокъ». На краю такихъ цилиндровъ клѣтки принимали или веретенообразную (очевидно авторъ смѣшалъ плоскій эпителій, видѣнный въ профиль, съ веретенообразными клѣтками), или цилиндрическую форму (Cylinder-Epithel). Изъ этихъ Zellcylinder выходили боковые отпрыски (Triebe) различной величины, имѣющіе отъ 20 до 30 клѣтокъ; или же отъ вершины его выходитъ два длинныхъ побѣга (Auslaufer). Оба они состоятъ изъ вытянутыхъ въ длину клѣтокъ, плотно прилегавшихъ другъ къ другу, имѣя на периферіи клѣтки цилиндрическаго эпителія. Рядомъ съ цилиндрами изъ клѣтокъ, а иногда и выходя изъ нихъ, лежали скопленія клѣтокъ вышеописаннаго характера въ видѣ слѣпыхъ мѣшковъ (Die chlauch-formigen Hasl Kolben Рокитанскаго). Контуры этихъ образованій рѣзко очерчены и заключены въ предсуществовавшую оболочку (mit einer stententen Membran einge schlossen fein). Всѣ эти образованія, плотно втиснутыя, лежатъ другъ подлѣ друга многократно анастамозируя своими отпрысками». Клѣтки походили на тѣ, «которыя нормально встрѣчаются въ самомъ молодомъ слоѣ stratum Malpighii». На другихъ мѣстахъ попадались кучки и кружки клѣтокъ (Zellenhaufen und Areoli) вышеописаннаго характера, не достигавшія очень значительной величины. «Эти всѣ образованія имѣли видъ совершенно железистой структуры и на поперечныхъ разрѣзахъ походили на

[1]) Vierteljahrschr. f. d. pract. Heilkunde in Prag. 1860, B. I, p. 168.

железистые пузыри». Что касается стромы, то авторъ говоритъ, что цилиндры, переплетаясь отростками, образовали сѣть съ узкими просвѣтами, «наполненными свободными круглыми или продолговатыми клѣтками», т. е. очевидно грануляціонными элементами. Волосяные мѣшки и сальныя железы не представляли значительныхъ измѣненій—они были часто прижаты другъ къ другу и атрофированы, или растянуты и переполнены жиромъ. Въ итогѣ изслѣдованія получилось: «новообразованіе изъ клѣточныхъ скопленій и цилиндровъ, изъ которыхъ не развивается стойкая ткань, такъ что общій характеръ этого язвеннаго продукта нужно назвать разрушительнымъ». «Обильное разростаніе эпидермоидальныхъ образованій на краяхъ язвы съ характеромъ эпителіомы». Къ какому виду причисляетъ авторъ этотъ экземпляръ изъязвляющагося новообразованія? «По этимъ даннымъ трудно обозвать эту язву какимъ либо именемъ и причислить ее къ опредѣленной категоріи». Автору, между прочимъ, извѣстно было наблюденіе Dr. Lambl'я, что слизистая оболочка большихъ бронхъ часто разростается въ видѣ Zellcylinder въ подлежащую ткань вокругъ туберкулезныхъ каверпъ, и такіе же Zellcylinder наблюдались имъ на лупозныхъ язвахъ (стр. 155), а также на плацентѣ (стр. 173). Kirsch только упоминаетъ объ этомъ безъ дальнѣйшихъ выводовъ.

Въ 1865 году Thiersch [1]), трактуя объ эпителіальномъ ракѣ, говоритъ „что исторія эпителіальнаго рака тѣсно связана съ язвой, которая преимущественно попадается на лицѣ старыхъ людей". „Болѣзненный слой ткани, составляющій дно язвы, неглубокій (s. eicht) въ началѣ и остается неглубокимъ, медленно распространяется по окружности и въ глубину. Хотя эта болѣзнь часто рецидивируетъ, однако можетъ быть оперирована съ лучшимъ успѣхомъ, чѣмъ обыкновенный эпителіальный ракъ, такъ какъ железы лимфатическія не поражаются". Вотъ эта то язва и есть ulcus rodens авторовъ [2]); по Тиршу же это и есть плоскій эпителіальный ракъ „flacher Krebs", названіе, которое, какъ было упомянуто, заимствовано имъ у Schuh. Слѣдовательно клинически „flacher Krebs" Тирша.

[1]) Thiersch. Der Epithelialkrebs namchtlich der Haut, Leipzig. 1865 г., s. 30.

[2]) Тиршъ, стр. 53.

долженъ соотвѣтствовать ulcus rodens авторовъ, имѣющей свою строго опредѣленную клиническую физіономію и такъ прекрасно описанную Гутчинсономъ и другими. Что же такое „flacher Epithelial Krebs" Тирша? На стр. 51 авторъ даетъ слѣдующее опредѣленіе: „плоскій эпителіальный ракъ представляетъ *всегда* (курсивъ мой) только поверхностно лежащій, толщиною въ нѣсколько миллиметровъ, слой эпителіальнаго новообразованія, который на разрѣзахъ показываетъ довольно ровный контуръ, рѣзко отграниченный отъ стромы". „Плоскій эпителіальный ракъ я знаю почти только какъ плоскую язву, съ плоскими, или незначительно утолщенными краями, ближайшая окружность которыхъ не представляетъ никакого уклоненія ни въ своемъ цвѣтѣ, ни въ плотности, ни въ формѣ". Такимъ образомъ, по опредѣленію клиническому самой язвы— „flacher Krebs" вполнѣ походитъ на ulcus rodens, и если прибавить, что при flacher Krebs железы никогда не поражаются—картина будетъ тождественна. Такъ какъ Тиршъ отличаетъ плоскій ракъ отъ глубокаго, то я и приведу здѣсь его опредѣленіе глубокаго рака, въ отличіе отъ плоскаго: „глубокіе эпителіальные раки образуютъ обыкновенно язву очень неправильной формы, въ краяхъ которой находятся твердые узлы, величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха" (стр. 52). „Глубокій ракъ не имѣетъ рѣзкой границы (на разрѣзѣ и въ противоположность плоскому раку), а эпителіальныя массы не занимаютъ только поверхностнаго слоя, но проникаютъ далеко въ глубь въ формѣ неправильныхъ скопленій клѣтокъ" (стр. 51). Теченіе поверхностнаго рака медленнѣе глубокаго (стр. 52). Оговоримся кстати, что Тиршъ, употребляя слово Krebs, также какъ и Schuh, вкладываетъ въ него понятіе, основанное на чисто клиническихъ данныхъ (стр. 55). Посмотримъ, къ какимъ результатамъ пришелъ Тиршъ съ клинической стороны.

Изъ 102 случаевъ его эпителіальнаго рака, на лицѣ попадались въ видѣ язвъ 30 разъ. Но изъ этихъ 30 случаевъ по клинической картинѣ (сильное припуханіе, вывороченные края, узлы и проч., а также пораженіе железъ) самъ авторъ исключаетъ 8 случаевъ, такимъ образомъ свои „flachen Krebsen" Тиршъ наблюдалъ на лицѣ только въ 22 случаяхъ, которые онъ и относитъ къ ulcus rodens (стр. 261). Остальные

должны быть отнесены къ глубокому раку. Но случай 56 (табл. V, стр. 252) хотя и причисленъ къ плоскимъ ракамъ, по клинической картинѣ не можетъ быть названъ таковымъ. Заболѣваніе началось въ видѣ узла, сидящаго подъ кожей, величиной въ голубиное яйцо. На стр. 138 авторъ самъ говоритъ, что до операціи онъ считалъ его „за саркому" (ein subcutaneus Sarcom der weicheren Gattung). Послѣ операціи вскорѣ (3 мѣс.) появился рецидивъ въ видѣ узла, величиной въ лѣсной орѣхъ. Микроскопическое изслѣдованіе тоже убѣдило автора, что это есть глубокій ракъ, развившійся повидимому изъ потовыхъ железъ. Случай 50, на тѣхъ же основаніяхъ, вѣроятно тоже не относится къ ulcus rodens, какъ случай—не бывшій подъ наблюденіемъ автора и отъ котораго не сохранилось препарата. Новообразованіе, начавшееся изъ родимаго пятна, дало язву съ сильно вывороченными краями, а черезъ мѣсяцъ послѣ операціи рецидивъ величиной въ яблоко—картина неподходящая къ плоскому раку! Изъ разсмотрѣнія этихъ 20 случаевъ плоскаго рака (ulcus rodens) слѣдуетъ:

Болѣзнь эта принадлежитъ болѣе зрѣлому возрасту и чаще всего бываетъ между 50 и 60 годами. Разъ только наблюдался случай 31 года и разъ 75; большинство случаевъ у паціентовъ за 40 лѣтъ. Средняя продолжительность болѣзни около 10 лѣтъ; въ числѣ этихъ случаевъ Тиршемъ приведены случаи, гдѣ отъ начала заболѣванія до первой операціи прошло 15 и 16 лѣтъ. Ни разу не наблюдалось пораженія не только внутреннихъ органовъ, но даже ни разу не были поражены близь лежащія железы, не смотря на весьма значительную продолжительность болѣзни. Если мужчины поражались этой болѣзнью чаще чѣмъ женщины, то очевидно, что это не болѣе ни менѣе какъ случайность. Что болѣзнь чаще встрѣчается на лицѣ, это видно изъ того, что всѣ случаи плоскаго рака, собранные Тиршемъ, поражали только лицо, но ни разу не наблюдались на нижней губѣ, гдѣ чаще всего наблюдается глубокій ракъ. Такъ изъ 102 случаевъ рака приведенныхъ у Тирша—48 случаевъ рака нижней губы. Ни разу плоскій ракъ не наблюдался на мѣстѣ перехода кожи въ слизистую оболочку. Такимъ образомъ изъ выводовъ, на основаніи клиническаго теченія случаевъ, собранныхъ Тиршемъ, видно, что они аналогичны вполнѣ выводамъ Гут-

чинсона изъ его 40 случаевъ. Признаковъ, свойственныхъ раку, какъ злокачественному новообразованію, совсѣмъ нѣтъ, если только исключить мѣстное разрушеніе, зависящее хотя отъ медленнаго, но прогрессивнаго язвеннаго разрушенія. Что касается гистологической стороны вопроса, то мы приведемъ воззрѣнія Тирша ниже. Скажемъ только, что онъ считаетъ вѣроятнымъ разростаніе эпителія изъ rete Malpighii и изъ сальныхъ железъ. Къ сожалѣнію онъ не показалъ послѣдовательныхъ измѣненій, происходящихъ при этомъ, на что указываетъ Вальдейеръ, Кармальтъ [1]) и другіе.

O. Weber [2]) согласенъ съ Тиршемъ, что ulcus rodens англійскихъ авторовъ есть „эпителіальный ракъ, не смотря на сильную наклонность къ образованію рубца". Какъ клиническая особенность этой формы состоитъ въ томъ, что „необходимо весьма долгое время, чтобы онъ достигъ значительнаго распространенія", при чемъ не замѣчается никакой наклонности переходить на лимфатическія железы, и приводитъ случай (рис. 19, стр. 170), гдѣ разрушено „все лицо съ окружающими глазъ частями", но безъ пораженія железъ.

Въ 1867 году Moor [3]) Ch. издалъ свою брошюру объ ulcus rodens. По Moor'у язва развивается изъ бородавки, родимаго пятна или хроническаго прыща (pimple). Выдающійся симптомъ въ теченіи новообразованія,—что оно идетъ центробѣжно впередъ, а засимъ слѣдуетъ изъязвленіе, немного остающееся позади, такъ что даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ изъязвленіе является самымъ выдающимся явленіемъ, можно найти новообразованіе. Разныя ткани поддаются разрушенію въ неодинаковой степени—легче всего изъязвляется кожа, кости, медленнѣе хрящъ. Что касается глубины, то, распространяясь главнымъ образомъ по поверхности, оно постепенно разрушаетъ и подлежащія ткани, и степень глубины ограничивается лишь жизнью паціента. «Микроскопическій характеръ не настолько уклоняется отъ нормальнаго строенія, чтобы придать злокаче-

---

[1]) Virch. Arch. Bd. IV, стр. 481.

[2]) Руков. къ общ. и частн. хирургіи, т. I., ч. III, пер. Фрея 1868 г., стр. 168.

[3]) Ch. Moor. Rodent canc. 1867. Къ сожалѣнію мнѣ не удалось достать ее и я пользуюсь рефератомъ въ Edinb. medical Journal 1868. v. XIII, part II, p. 943.

ственность новообразованію». «Продолжительность теченія обыкновенно велика, среднимъ числомъ отъ 5 до 25 лѣтъ». «Болѣзнь мало истощаетъ, но опасна въ нѣкоторыхъ частяхъ лица тѣмъ, что можетъ разрушить крупные сосуды, или же захватить мозгъ и dura mater». Вообще же поражаетъ субъектовъ въ возрастѣ около 50 лѣтъ, пользовавшихся полнымъ здоровьемъ. Лимфатическія железы не поражаются. «Въ одномъ случаѣ, говоритъ Moor, твердость и увеличеніе (железъ) медленно прошли послѣ удаленія первичнаго новообразованія и не повторились» (стр. 19). Moor не смѣшиваетъ это заболѣваніе съ lupus'омъ и даетъ рядъ признаковъ, вполнѣ отличающихъ эти двѣ язвенныя формы, (Moor имѣлъ громадный клиническій матеріалъ въ Мидльсекскомъ госпиталѣ для канцерозныхъ больныхъ) какъ по теченію, такъ и по объективнымъ признакамъ, свойственнымъ люпозному изъязвленію и ulcus rodens. Въ этомъ отношеніи трудъ автора считается Эриксеномъ классическимъ. Что касается отличія отъ рака, то Moor указываетъ на то обстоятельство, что хотя ulcus rodens и имѣетъ сходство съ ракомъ по своей способности безъ различія поражать всѣ встрѣчающіяся ему на пути ткани, но отличается отъ рака тѣмъ, что не инфильтрируетъ въ такой степени окружающія ткани, какъ ракъ, во вторыхъ тѣмъ, что при ulcus rodens не бываетъ пораженія железъ при самомъ продолжительномъ существованіи язвы, тогда какъ пораженіе железъ при ракѣ начинается довольно рано и всегда бываетъ. Причина, въ силу которой не бываетъ пораженія железъ, авторъ полагаетъ въ «натурѣ самаго образованія». «Въ самомъ новообразованіи не бываетъ обыкновенно обильнаго количества быстро растущихъ клѣтокъ, а лишь клѣтки, обладающія слабой жизненностью» [1]). «Онѣ никогда не имѣютъ той способности къ разростанію, которая характеризуетъ элементы обыкновеннаго рака, попадающіе въ железы». Авторъ полагаетъ, что клѣтки ulcus rodens даже если бы и попали въ лимфатическія железы, то онѣ неспособны къ дальнѣйшему разростанію. Очень жаль, что за неимѣніемъ подлинника, я не могу воспользоваться числовыми данными о наблюденныхъ имъ случаяхъ. Что касается мѣстоположенія ulcus rodens, то Moor наблюдалъ ее почти только на лицѣ.

---

[1]) Ch. Moor. Rodent. canc. p. 35.

Изслѣдованіе Мура, указавшее самостоятельность этой патологической формы, не заканчиваетъ цѣлаго ряда работъ, спеціально посвященныхъ выясненію натуры ulcus rodens, въ Англіи и отчасти въ Америкѣ. Въ то время какъ въ Германіи со времени извѣстной работы Тирша объ эпителіальномъ ракѣ ulcus rodens отнесенъ къ поверхностному кожному раку, работы Вальдейера[1]) о развитіи рака еще болѣе утвердили это мнѣніе у нѣмцевъ.

Waldeyer[2]) причисляетъ «flacher Krebs» Тирша и ulcus rodens авторовъ къ кожнымъ ракамъ (carcinoma cutis), какъ особенную разновидность, давая названіе ей carminoma granulosum, указывая тѣмъ на сильное развитіе грануляціонныхъ элементовъ въ стромѣ. Если Тиршъ имѣлъ въ виду еще клиническую точку зрѣнія, то Вальдейеръ главнымъ образомъ стоитъ на микроскопической точкѣ зрѣнія, такъ какъ здѣсь самымъ яснымъ образомъ можно демонстрировать связь эпителія раковыхъ скопленій съ «междусосочковыми разрощеніями rete Malpighii». Онъ приводитъ всего три случая, самый интересный изъ нихъ безспорно третій (s. 98). «Почти все лицо образовало большую язвенную поверхность; многія кости обнажены, какъ на скелетѣ, правое глазное яблоко уничтожено, а орбита обнажена до кости, а въ ней дефектъ величиной въ 10 грошовую монету. Губы, носъ и вѣки другаго глаза совершенно разрушены; вся картина этой головы по-истинѣ поразительна». Больная умерла отъ кровотеченія внезапно. Питалась черезъ зондъ, но была всегда довольна. Страданіе длилось много лѣтъ, но пораженія органовъ и железъ post mortem не найдено. Язва не имѣла, по словамъ Вальдейера, ничего общаго съ lupus'омъ[3]) при всемъ желаніи его найдти что нибудь указывавшее на lupus.

Въ 1871 году I. W. Hulke[4]) сообщилъ 5 случаевъ ul-

---

[1]) Waldeyer. Die Entwick. d. carc. Virch. Arch. Bd. XLI. s. 470 и Virch. Arch. Bd. LV, s. 67 и слѣд.

[2]) Waldeyer. Arch. arch Bd. LV. s. 93.

[3]) Что касается другихъ двухъ случаевъ, то первый наводитъ нѣкоторое сомнѣніе въ діагнозѣ быстрымъ теченіемъ—въ нѣсколько мѣсяцевъ язва заняла весь тылъ руки, а во вторыхъ возрастъ очень ранній—21 г. Во 2-мъ случаѣ тоже мало клиническихъ указаній.

[4]) Hulke I. Transactions of the pathol. society of London 1871 г., vol. XXII, pp. 326 и слѣд.

ceris rodentis. Въ первомъ случаѣ у 70 лѣтней женщины язва 12 или 14 лѣтъ назадъ началась въ видѣ прыща, изъязвившагося, разрушила боковой хрящъ носа, перегородку и распространилась на правую щеку, отъ нижняго вѣка и до края верхней губы. Толщина дна и краевъ около 2 линій. Женщина здоровая; наслѣдственности нѣтъ. Пораженія железъ и кахексіи нѣтъ. Во 2-мъ случаѣ, у мужчины 53 лѣтъ, язва существовала «много лѣтъ». Величина ея около дюйма въ діаметрѣ; округлое очертаніе. Часть края рубцуется, часть же уплотнена слегка и подрыта. Дно гладкое, покрытое мелкими твердыми грануляціями; находилась язва на щекѣ. Лимфатическія железы не поражены, кахексіи нѣтъ. Случай 3-й женщина 60 лѣтъ, сильная. На подбородкѣ язва, почти безболѣзненная, обнажившая поверхность нижней челюсти. Край язвы уплотненъ; часть дна составляетъ некротизированная черная поверхность кости, другая часть занята плотными грануляціями. На мѣстѣ некротизированной кости гнойное вонючее отдѣленіе; на остальной части дна отдѣленіе скудное и безъ запаха. Операція. Черезъ 18 мѣсяцевъ рецидивъ. Операція и выздоровленіе. До первой операціи язва существовала болѣе 5 лѣтъ и началась изъ бородавки незначительной величины, существовавшей до изъязвленія 7 лѣтъ. Кахексіи и пораженія лимфатическихъ железъ не было. Въ 4-мъ случаѣ, у женщины 69 лѣтъ, язва на щекѣ, около $^1/_2$ дюйма въ діаметрѣ. Край слегка утолщенъ и подрытъ; отдѣленіе серозное и въ незначительномъ количествѣ. Язва развилась изъ прыща, существовавшаго отъ рожденія, за 5 лѣтъ до поступленія въ госпиталь. Пораженія лимфатическихъ железъ и кахексіи не было. Въ 5-мъ случаѣ, у мужчины 50 лѣтъ, язва на правой щекѣ, существовавшая «очень долго», величиною 4—2 д. въ діаметрахъ. Край толщиной отъ 2 до 3 линій, рѣзко очерченъ отъ окружающей ткани, рѣзко обрѣзанъ со стороны дна. Дно уплотненное, частью гладкое и блестящее, частью усѣянное мелкими плотными грануляціями. Язва, простираясь почти отъ угла рта и до уха, обнажала въ одномъ мѣстѣ поверхность нижней челюсти. Пораженія лимфатическихъ железъ и кахексіи не было. Что касается микроскопическаго строенія, то общее въ этихъ случаяхъ — то, что строма сильно пропи-

тана грануляціонными элементами. Въ первомъ случаѣ въ эту грануляціонную строму заложены скопленія, то цилиндрическія, то округлыя, клѣтокъ, «похожихъ на клѣтки rete mucosum». Во 2-мъ случаѣ «ближе къ поверхности язвы найдены эпителіальныя чешуйки (scales)». Въ 4-мъ случаѣ—въ болѣе глубокихъ слояхъ cutis скопленія клѣтокъ новообразованія, «имѣющихъ расположеніе похожее на железистое». Въ болѣе поверхностныхъ слояхъ цилиндрическія скопленія клѣтокъ, похожихъ на низко цилиндрическій эпителій (subcolumnar epithelium). Сосочки cutis увеличены, «сальныя и потовыя железы расширены. Въ 5-мъ случаѣ строеніе аналогичное съ описаннымъ.

Warren [1]), I. Collins въ отдѣльномъ сочиненіи о rodent ulcer сообщилъ тоже пять случаевъ этого заболѣванія. Въ 1-мъ случаѣ, у мужчины 66 лѣтъ, язва занимаетъ лѣвое ala nasi и верхнюю губу отъ septum nasi до угла рта. Язва начала развиваться 8 лѣтъ назадъ изъ оцарапаннаго прыща на губѣ. Лимфатическія железы здоровы (p. 14). Новообразованіе состояло главнымъ образомъ изъ соединительной ткани, и только «при тщательномъ изслѣдованіи можно было найти эпителіальныя скопленія». 2-й случай—мужчина 64 лѣтъ. Язва величиной въ 3/4 дюйма въ діаметрѣ, на лѣвомъ вискѣ, край утолщенъ незначительно; сосѣдняя кожа вполнѣ здорова. Развилась изъ прыща, который въ продолженіи 32 лѣтъ изъязвлялся и покрывался струпомъ. Въ глубину язва простирается до подкожной клѣтчатки. Железы не поражены. Микроскопическое изслѣдованіе: эпидермисъ на краю язвы утолщенъ. Въ стромѣ, усѣянной грануляціонными элементами, находятся эпителіальныя скопленія, частію анастомозирующія между собой. Клѣтки похожи на клѣтки rete Malpighii. По бокамъ этихъ скопленій клѣтки съ болѣе длиннымъ діаметромъ. Потовыя и сальныя железы нормальны. 3-й случай—мужчина 42 лѣтъ. Болѣзнь началась 11 лѣтъ назадъ изъ прыща на ala nasi, который былъ оцарапанъ. Язва занимаетъ все крыло носа. Край слегка приподнятъ. Прилежащая кожа здорова. Общее состояніе весьма удовлетворительно. Увеличенія железъ нѣтъ (p. 21). При изслѣдованіи строма пропитана грануляціонными элементами.

---

[1]) Warren, I. Collins. The Anatomy an development of rodent ulcer. Boston 1872, p. 14.

Расположеніе клѣточныхъ скопленій въ видѣ тонкихъ трубокъ, анастомозирующихъ между собой. «Повсюду эпителіальныя образованія рѣзко отдѣлялись отъ соединительной ткани—они не инфильтрировали соединительной ткани» (р. 23). Эпидермоидальныхъ шаровъ не было. На краѣ—«одна или двѣ расширенныя сальныя железы». Случай 4 (р. 26)—мужчина 60 лѣтъ, замѣтилъ 29 лѣтъ назадъ пятно на лбу вродѣ acne и, стараясь выдавить его, оцарапалъ; образовалась язвочка. Язвочка спустя нѣкоторое время зарубцевалась сама собой. Такъ повторялось нѣсколько разъ, наконецъ стала постоянной и затѣмъ постепенно увеличиваться, пока не достигла почти 3 дюймовъ въ діаметрѣ, распространилась до корня носа, уничтожила правое и захватила лѣвое вѣко. Края язвы на 1 линію выше окружающихъ тканей. Общее состояніе удовлетворительно. По микроскопическому строенію этотъ случай похожъ на 3-й (р. 29). Скопленія эпителіальныхъ клѣтокъ «повидимому находились въ прямомъ сообщеніи съ волосяными мѣшками» (р. 28). Случай 5-й — дѣвица 25 лѣтъ. Язва на сторонѣ носа, $^{3}/_{8}$ дюйма въ діаметрѣ; развилась въ продолженіи 8 мѣсяцевъ. Случай этотъ авторъ считаетъ не типическимъ—слишкомъ молодой возрастъ. Лимфатическія железы не поражены. Расположеніе клѣточныхъ скопленій эпителія—трубчатое, и находятся въ соприкосновеніи съ rete mucosum. Потовыя железы нормальны. Строма инфильтрирована грануляціонными элементами. Что же такое ulcus rodens по Warren'у? Суммируя результаты изслѣдованія, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ (р. 36): 1. «Всѣ разсмотрѣнные случаи ulcus rodens—суть формы эпителіальнаго рака». 2. «Онѣ отличаются отъ тѣхъ, типомъ которыхъ служитъ ракъ нижней губы, меньшей величиной клѣтокъ». 3. «Эти язвы можно раздѣлить гистологически, по расположенію скопленій, на двѣ группы — трубчатыя и альвеолярныя». Какъ развивается новообразованіе? На стр. 61 находимъ слѣдующее: «образованію раковыхъ клѣтокъ предшествуетъ выхожденіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ черезъ стѣнки сосудовъ и скопленіе ихъ въ окружающихъ лимфатическихъ пространствахъ». «Затѣмъ слѣдуетъ переходъ ихъ въ клѣтки, весьма похожія на клѣтки rete Malpighii». «Эпителій нормальный заболѣвшихъ частей не принимаетъ дѣятельнаго участія, производя только

вліяніе на характеръ начинающагося новообразованія». Словомъ, action de présence Cornil et Ranvier воскресаетъ у автора во всей красѣ, при чемъ вліяніе оказывается эпителіемъ на бѣлые кровяные шарики, вышедшіе изъ кровеносныхъ сосудовъ. Что касается попытокъ Warren'а объяснить чисто мѣстный характеръ новообразованія, отсутствіе пораженія железъ и другихъ органовъ, то авторъ не пошолъ далѣе Moor'а. «Злокачественность новообразованія зависитъ отъ количества и дѣятельности клѣточныхъ элементовъ новообразованія, отъ количества внутри и внѣ клѣтокъ соковъ и отъ богатства кровеносныхъ сосудовъ». Въ ulcus rodens количество новообразованія незначительно — толщиной въ одну, или много двѣ линіи. Сосудовъ мало. Клѣтки обладаютъ слабой способностью къ пролифераціи — «вотъ самое удовлетворительное объясненіе неспособности этой болѣзни заражать сосѣднія части» [1]). «Въ силу этихъ особенностей ulcus rodens есть типъ формы доброкачественнаго рака», заканчиваетъ Warren свои выводы.

У насъ объ ulcus rodens писалъ въ 1875 году д-ръ Якобсонъ [2]). Авторъ сообщилъ одинъ случай, наблюденный имъ въ клиникѣ проф. Е. И. Богдановскаго. Крестьянинъ А. Семеновъ, 43 лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія. «На лѣвой щекѣ въ области жевательной мышцы — язва, имѣющая въ поперечномъ размѣрѣ 5 сантим., въ продольномъ 7. Края слегка мозолисты, передній немного подрытъ. Дно неровное, на ощупь мягкое, образовано жевательной мышцей, мѣстами покрытой грануляціями хорошаго вида, мѣстами же совершенно обнаженною» (стр. 359). Язва существуетъ около 2 лѣтъ. «Постояннымъ явленіемъ было образованіе рубца и изъязвленіе его» (стр. 362) въ продолженіи 5 мѣсяцевъ. Строма язвеннаго новообразованія состояла «въ поверхностныхъ слояхъ изъ грануляціонныхъ элементовъ большею частію круглой формы, съ небольшой примѣсью клѣтокъ веретенообразныхъ». Въ болѣе глубокихъ слояхъ число грануляціонныхъ элементовъ становилось меньше и ткань получала «болѣе волокнистый видъ» (стр. 371). «Сосудами ткань не богата». Въ стромѣ заложены небольшія

---

[1]) Warren. Rodent ulcer., p. 65.

[2]) А. В. Якобсонъ. Журналъ нормальн. и патологич. гистологіи М. М. Руднева, т. IX, стр. 355 и слѣд.

фигуры и цилиндрической формы, состоящія изъ эпителіальныхъ клѣтокъ. Авторъ называетъ указанное новообразованіе carcinoma granulosum (Вальдейера).

Въ 1878 году Thin [1]) G. описалъ два случая язвы. Въ одномъ случаѣ, у женщины 68 лѣтъ, язва началась съ маленькаго прыща на лопаткѣ, соотвѣтственно spina scapulae, 43 года назадъ; но 27 лѣтъ назадъ образовалась язва, которая оставалась постоянной. Пораженія лимфатическихъ железъ не было. Язва заняла почти всю область лопатки и имѣла незначительно утолщенный край и дно. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ днѣ не найдено новообразованія, а края состояли изъ цилиндрической формы скопленій эпителія, рѣзко отдѣлявшихся отъ стромы коймой пограничныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ. Изъ кожныхъ образованій только потовыя железы были растянуты, или наполнены клѣтками, но рѣдко. Въ другомъ случаѣ, у больнаго 60 лѣтъ, язва въ волосистой части головы отъ 3 до 4 дюймовъ въ діаметрѣ, съ остро обрѣзаннымъ краемъ и гладкимъ дномъ, не уплотненнымъ. Развилась изъ прыща и существовала 8 лѣтъ. Строма усѣяна грануляціями; скопленія новообразованія—какъ въ первомъ случаѣ. Заболѣванія потовыхъ железъ не найдено. Регрессивныя измѣненія въ сальныхъ железахъ и волосяныхъ мѣшкахъ. Тѣмъ не менѣе авторъ полагаетъ, что эти типическіе случаи ulcus rodens суть аденомы потовыхъ железъ. Замѣчу еще, что авторъ во многихъ мѣстахъ находилъ «соприкосновеніе» описанныхъ клѣточныхъ скопленій cum rete Malpighii. Было ли это одно только соприкосновеніе?

Въ слѣдующемъ 1879 году Thin [2]) обнародовалъ изслѣдованіе еще 2-хъ случаевъ ulceris rodentis. Въ первомъ случаѣ, у мужчины 54 лѣтъ, язва на лѣвой сторонѣ носа, простирающаяся на щеку, $1^1/_2$ дюйма въ діаметрѣ, съ незначительнымъ уплотненіемъ краевъ и дна. Наслѣдственности нѣтъ. Развилась изъ прыща въ продолженіи 4 лѣтъ. Общее состояніе удовлетворительное. «Въ нѣкоторыхъ клѣточныхъ скопленіяхъ новообразованія можно было ясно различать membranam propriam» (стр. 374). Эти скопленія клѣтокъ новообразованія «соприка-

---

[1]) Thin Georg. Transaction of the patholog. soc. of London, vol. XXIX, p. 237 и слѣд. и 241 и слѣд.

[2]) Thin. Transact. of the pathol. soc. vol. XXX, p. 373 и слѣд. 3

сались» съ межсосочковыми продолженіями rete Malpighii. Сальныя железы и волосяные мѣшки были либо нормальны, либо атрофированы. Потовыя железы большею частію нормальны и только одинъ разъ просвѣтъ оказался растянутъ гомогенной массой. 2-й случай—мужчина 41 года, здоровый вообще. Язва развилась изъ оцарапаннаго прыща въ продолженіи 9 лѣтъ, занимала лѣвое крыло носа и часть верхней губы. При микроскопическомъ изслѣдованіи: цилиндрическія массы клѣтокъ рѣзко отграничены отъ стромы, въ видѣ железистыхъ образованій, съ колонноообразными клѣтками на перифеpіи и membrana propria. Железистые придадки не измѣнены. Во всѣхъ 4 случаяхъ не наблюдались эпидермоидальные шары. Авторъ остается при своемъ мнѣніи, что ulcus rodens есть аденома потовыхъ железъ, считая выводы Тирша и Warren'а не доказанными.

Въ томъ же году W. Tilbury Fox и T. Colcott Fox [1]) сообщили результатъ изслѣдованій шести случаевъ ulceris rodentis. Въ первомъ случаѣ язвочка развилась изъ пятнышка на крылѣ носа, которое было оцарапано во время умыванія; послѣ повторныхъ прижиганій рецидивировала въ продолженіи 18 лѣтъ. Во 2-мъ случаѣ, у женщины 60 лѣтъ, язва развилась изъ бѣлаго узелка на сторонѣ носа, была лечима прижиганіями, рецидивировала въ продолженіи болѣе 10 лѣтъ. Въ 3-мъ случаѣ, у 57 лѣтняго субъекта, язва при переходѣ кожи щеки въ ala nasi, существовавшая около 4 лѣтъ. Всѣ три случая—типическія ulcera rodentia. Въ 4-мъ случаѣ, у субъекта 63 лѣтъ, язва, существовавшая много лѣтъ, развилась изъ прыща на сторонѣ носа, ниже угла глаза. Въ 5-мъ случаѣ—возрастъ 68 лѣтъ, продолжительность язвы 4 года, а въ 6-мъ — возрастъ 61 годъ, съ изъязвленіемъ, продолжавшимся нѣсколько лѣтъ. По авторамъ разростаніе массъ новообразованія начинается изъ rete Malpighii и нару́жнаго влагалища (external root scheat) волосянаго мѣшка. Потовыя и сальныя железы не представляли измѣненій.

Ferguson [2]), изслѣдуя у женщины 50 лѣтъ ulcus rodens, поразившую наружныя четверти вѣкъ праваго глаза, пришелъ къ тому заключенію, что ulcus rodens есть эпителіома, клѣточ-

---

[1]) Transact. of the patholog. soc. of London, p. 361 и слѣд. vol. XXX.

[2]) Ferguson. St. Bartholomew's Hospital Reports, vol. XXI, p. 101. 1885.

ныя скопленія которой, располагаясь то въ видѣ круговъ, то цилиндровъ, развиваются путемъ размноженія клѣтокъ Мальпигіева слоя.

Въ томъ же (1885) году Paul [1]) F. сообщилъ результаты изслѣдованій о 22 достовѣрныхъ случаяхъ ulceris rodentis. Всѣ случаи наблюдались на лицѣ «вдали отъ перехода кожи на слизистыя оболочки». Средній возрастъ больныхъ 50 лѣтъ, крайніе 35 и 72 г. Самые ранніе случаи наблюдались у женщинъ. Въ среднемъ до операціи протекло 6 лѣтъ, крайніе: 6 мѣсяцевъ и 14 лѣтъ; «сравнительно непродолжительнаго теченія язвы—были самыя маленькія». Авторъ, считая ulcus rodens за новообразованіе, родственное раку, такъ опредѣляетъ ихъ сходство и разницу. «Начинаясь въ кожѣ, различныя формы ulceris rodentis распространяются, какъ это свойственно и раку, какъ въ самой кожѣ, такъ и въ подлежащихъ тканяхъ. Не поражается только то, что такъ легко поражается въ другихъ ракахъ, именно лимфатическая система». По расположенію и формѣ клѣточныхъ скопленій авторъ различаетъ трубчатую и ацинозную формы. Строма съ мелко-клѣточковой инфильтраціей, которая «можетъ развиться въ нормальную грануляціонную ткань и, покрывая поверхность язвы, по временамъ можетъ даже рубцеваться». Развивается ulcus rodens изъ кожи, какъ «изъ цѣлаго», а не изъ отдѣльныхъ образованій. «Строеніе ulcus rodens представляетъ большое разнообразіе, но и при нормальномъ развитіи изъ rete Malpighii развиваются самыя разнообразныя эпителіальныя образованія». «Въ нѣкоторыхъ ulcus rodens можно видѣть такія подробности строенія, которыя вполнѣ сходны съ явленіями развитія кожныхъ придатковъ». Общее расположеніе и типъ новообразованія схожъ съ «медленно растущей эпителіомой». Въ сущности же вопросъ, отчего зависитъ несоотвѣтствіе клинической картины съ микроскопической структурой—остается не рѣшеннымъ Paul'емъ, какъ и его предшественниками, отчего и приходится автору употреблять выраженіе «хроническаго рака» кожи для выраженія натуры этого образованія, имѣющаго столь рѣзкія клиническія особенности, отличающія его отъ раковъ.

---

[1]) Paul. The Britisch Medical Journal, may 1885, стр. 981.

*

Въ 1883 году въ засѣданіи Общества Русскихъ Врачей проф. Н. П. Ивановскій[1]) сообщилъ результатъ изслѣдованія язвы, которою страдалъ нашъ знаменитый хирургъ Н. И. Пироговъ, которую послѣдній при жизни діагносцировалъ какъ ulcus cancrosum. Какъ понималъ Н. И. Пироговъ эту язву, видно изъ слѣдующихъ словъ: «хирурги думаютъ, что у меня ракъ, или саркома; по моему мнѣнію— ни то, ни другое, а alcus cancrosum», другими словами, ulcus rodens авторовъ. Проф. Н. П. Ивановскій, изслѣдовавъ ее микроскопически, вполнѣ присоединился къ этому діагнозу и далъ лучшее объясненіе и характеристику природы этого язвеннаго новообразованія, какія мнѣ пришлось встрѣтить гдѣ бы то ни было въ литературѣ по этому вопросу и къ которымъ я возвращусь въ другомъ мѣстѣ.

Изъ этого литературнаго очерка, представляющаго различныя воззрѣнія клиницистовъ, хирурговъ и патологовъ, обнимающаго собой періодъ за 60 лѣтъ (съ 1827 г.), безспорно можно сдѣлать два вывода. Въ то время какъ всѣ авторы согласны съ характеристикой ulcus rodens съ клинической стороны, признавая за ней самостоятельную форму заболѣванія, имѣющую свои, только ей свойственные, признаки клиническаго теченія, существенно отличающіе ее отъ рака, воззрѣнія авторовъ на натуру этого новообразованія, съ микроскопической точки зрѣнія, самыя разнообразныя. Самостоятельность этого язвеннаго новообразованія въ отличіе отъ раковъ въ особенности выдвигается англійскими учеными; первое описаніе ея клиническаго теченія и діагностики принадлежитъ тоже англичанину Артуру Джэкобу. У англичанъ же болѣе всего посвящено спеціальныхъ изслѣдованій объ ulcus rodens съ клинической и анатомической стороны. Гутчинсонъ и Муръ классически разработали клиническую сторону на основаніи многочисленныхъ наблюденій. Число случаевъ, описанныхъ въ литературѣ у англичанъ, самое большое какъ съ клинической, такъ и съ микроскопической стороны. Первое лучшее микроскопическое описаніе безспорно принадлежитъ нѣмцу Kirsch'у. Въ Германіи же Schuh, послѣ него главнымъ образомъ Thiersch, причислили ее къ ракамъ подъ именемъ

[1]) Труды Общ. Русск. Врачей за 1883—84 г., вып. 1, стр. 40.

плоскаго кожнаго рака, а затѣмъ Billroth, Waldeyer и другіе. Такъ какъ со времени Thiersch'а и Waldeyer'а упрочилось понятіе о ракѣ, какъ о новообразованіи съ атипическимъ, нарушающимъ нормальную границу, разростаніемъ эпителія въ подлежащую ткань, что наблюдается и при ulcus rodens, съ тѣхъ поръ во всѣхъ учебникахъ патологической анатоміи и хирургической патологіи ulcus rodens трактуется какъ плоскій кожный ракъ. Одиноко стоитъ между ними Cohnheim [1]), считающій, что «поверхностный кожный ракъ ulcus rodens древнихъ» есть «не ракъ», т. е. не злокачественная опухоль. Англичане и американцы и по сіе время выдѣляютъ ulcus rodens въ отдѣльную клиническую форму, такъ напримѣръ Эриксенъ [2]), Agnew [3]) и другіе, отличая ее отъ рака и считая только мѣстнымъ пораженіемъ.

У насъ проф. Е. И. Богдановскій, со свойственной ему клинической наблюдательностью и замѣчательной тонкостью въ клиническомъ распознаваніи опухолей, постоянно отмѣчалъ на лекціяхъ особенность этого язвеннаго новообразованія, которое извѣстно подъ именемъ ulcus rodens, epithelioma rodens, указывая на его отличительныя черты отъ раковъ въ клиническомъ отношеніи, хотя въ гистологическомъ отношеніи «внѣдреніе эпителіальной гиперплазіи въ подлежащую ткань приближаетъ этотъ процессъ къ характеру рака» [4]). Въ числѣ клиническихъ признаковъ, отличающихъ ulcus rodens отъ рака, проф. Богдановскій указываетъ на медленное теченіе—годами, и при самыхъ обширныхъ язвахъ—отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ, метастазовъ во внутреннихъ органахъ, кахексіи. «Безъ всякаго сомнѣнія, говоритъ проф. Богдановскій, дальнѣйшія патолого-анатомическія изслѣдованія покажутъ, что кожный ракъ составляетъ особенный отдѣлъ новообразованій, который долженъ быть названъ epithelioma rodens [5]).

---

[1]) Cohnheim. Общая патологія. Русск. перев. 1878 г., т. I, стр. 681.

[2]) Эриксенъ. Теоретич. и практич. хирургія, стр. 984.

[3]) Agnew. The princípe and practice of surg. vol. III, p. 98. Philadelphia 1883.

[4]) Записки по клинической хирургіи проф. Богдановскаго, вып. I 1887 г., стр. 109.

[5]) l. c. p. 136.

Проф. Левшинъ [1]) тоже отрицаетъ раковый характеръ ulcus rodens на основаніи крайней медленности теченія, распространенія по поверхности, отсутствія пораженія железъ при самыхъ продолжительныхъ язвахъ и рубцеванія безъ всякихъ постороннихъ вмѣшательствъ, наблюдавшагося въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Словомъ, клиническіе факты говорятъ противъ микроскопическаго анализа изслѣдователей, причисляющихъ данную форму къ ракамъ. Безспорно, что такое противорѣчіе должно быть только кажущееся. Если клиницисты имѣютъ много вѣскихъ данныхъ въ пользу отличія ulcus rodens отъ рака, а микроскописты въ пользу рака, слѣдовательно какое либо обстоятельство опущено при микроскопическомъ изслѣдованіи, давшее поводъ къ смѣшенію ulcus rodens съ раковымъ процессомъ. При систематикѣ эпителіальныхъ образованій имѣлась въ виду одна морфологія на основаніи микроскопической картины, т. е. допущена нѣкоторая односторонность, такъ какъ въ микроскопической картинѣ выражается далеко не вся жизнь новообразованія. На чемъ же тогда должно основывать систематику? Систематика на основаніи морфологіи или описательная, уступила мѣсто систематикѣ на основаніи сравнительнаго метода изслѣдованія и дала въ другихъ наукахъ, ботаникѣ, зоологіи и проч., блистательные результаты. Еще больше успѣховъ біологическія науки достигли, пользуясь сравнительнымъ методомъ на основаніи не только одной морфологіи, но и на основаніи сравненія исторіи развитія. Такой методъ сравнительный на основаніи морфологіи и исторіи развитія единственно правильный и въ примѣненіи его къ изученію той группы патологическихъ образованій, которая извѣстна подъ именемъ neoplasmata. Натура опухолей должна быть распознаваема не только по структурѣ, но и по совокупности всѣхъ данныхъ, въ томъ числѣ и тѣхъ, которыя доставляются клиникой, такъ какъ въ клиническихъ наблюденіяхъ мы имѣемъ проявленіе жизни новообразованія во всей совокупности процессовъ, совершающихся не только въ одинъ опредѣленный моментъ, но и во весь періодъ ея существованія. Другими словами клиническія данныя, если они точно выражаютъ особенности заболѣванія, суть результатъ проявленія равнодѣйствующей изъ всѣхъ процессовъ, со-

[1]) Левшинъ. Основы хирургіи. Казань, 1875 г., стр. 453.

вершающихся въ заболѣваніи, микроскопическая же картина выражаетъ большую, или меньшую часть факторовъ, составляющихъ эту равнодѣйствующую. Громадный шагъ впередъ въ разработкѣ извѣстныхъ явленій состоитъ въ обобщеніи ихъ. Въ примѣненіи къ эпителіальнымъ образованіямъ это и было сдѣлано Тиршемъ, Вальдеперомъ и у насъ М. М. Рудневымъ [1]). Но обобщеніе безспорно хорошо, если оно не насилуетъ фактовъ, другими словами, достаточно объясняетъ всѣ факты извѣстной категоріи. Общая цѣль знанія состоитъ въ томъ, чтобы свести всѣ явленія сложныя на болѣе простыя, показавъ ихъ точныя отношенія между собой. Физика, химія, механика стремятся привести всѣ явленія къ движенію; тѣмъ не менѣе никто же не станетъ отрицать свѣтъ, теплоту, электричество и т. д., какъ самостоятельныя явленія, потому только, что это есть формы движенія матеріи. Вышеуказанное обобщеніе Тирша и Вальдейера безспорно громадный шагъ впередъ, но вѣроятно оно не обнимаетъ всѣхъ случаевъ атипическаго разростанія эпителія, а потому служитъ источникомъ разногласій и противорѣчій между клиническими данными и результатами микроскопическаго изслѣдованія, что такъ ясно выражается во взглядахъ авторовъ на ulcus rodens. Вотъ почему въ дальнѣйшемъ нашемъ изслѣдованіи мы постараемся вести наши разсужденія не на основаніи однихъ клиническихъ, или однихъ только микроскопическихъ данныхъ, но на основаніи тѣхъ и другихъ, взаимно пополняя и объясняя ихъ другъ другомъ. Точныя клиническія наблюденія имѣютъ такую же важную роль въ выясненіи природы заболѣванія, какъ и микроскопическія данныя, и послѣднія намъ должны объяснить первыя.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію случаевъ, изслѣдованіе которыхъ я здѣсь изложу, скажу нѣсколько словъ объ источникѣ ихъ полученія и объ обработкѣ препаратовъ. Часть случаевъ наблюдалась мной въ нашей клиникѣ, другая часть въ Маріинской больницѣ, что и будетъ мной обозначено въ каждомъ случаѣ.

Что касается обработки препаратовъ, то она производилась слѣдующимъ образомъ. Вырѣзанная язва, смотря по величинѣ,

[1]) Журналъ нормальн. и патологич. гистологіи Руднева, 1870 г., т. II.

разрѣзалась на нѣсколько кусковъ. Одна часть уплотнялась въ Мюллеровской жидкости, съ послѣдовательнымъ погруженіемъ сначала въ слабый растворъ (42%), потомъ въ 75% растворъ спирта и въ немъ уже и сохранялась. Другая часть погружалась немедленно же въ растворъ Флемминга, видоизмѣненный Fol'емъ [1]) (раствора осм. к. 1%—10 ч., хром. кисл. 1%—25 ч., уксусн. кисл. 2%—5 ч., воды 68 ч. по объему). Потомъ мы стали употреблять болѣе крѣпкій растворъ Flemming'a; растворъ: осм. к. 2%—4 ч., 1% хром. кисл.—15, ocidi aceticі glac.—1 часть [2]).

Послѣ фиксаціи (въ послѣднемъ растворѣ не болѣе 6 час.) промывка въ проточной водѣ, а затѣмъ—спиртъ. Не слѣдуетъ долго держать препарата во Флемминговой жидкости, такъ какъ окраска препарата совершается гораздо труднѣе и требуетъ болѣе продолжительнаго времени. Весьма важно промыть препаратъ тщательно въ водѣ передъ погруженіемъ въ спиртъ. Лучшую окраску послѣ обработки Флемминговой жидкостью даютъ анилиновыя краски. Прикрокарминъ требуетъ продолжительнаго пребыванія въ его растворѣ. Гематоксилинъ красить очень хорошо.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы фиксировали части опухоли въ крѣпкомъ (95%) спирту. Удобство этого способа заключается въ томъ, что спиртные препараты прекрасно и скоро окрашиваются всѣми употребительными растворами красокъ.

Передъ погруженіемъ въ ту или другую фиксирующую среду мы не обмывали препаратъ предварительно водой отъ сгустковъ крови, чтобы избѣжать опоражниванія сосудовъ и такимъ образомъ сохранить возможно полнѣе естественную инъекцію кровеносныхъ сосудовъ, что и удалось довольно удовлетворительно. Этотъ способъ мнѣ кажется единственнымъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло, а) съ незначительной величины препаратами, b) гдѣ нѣтъ настолько значительныхъ сосудовъ, чтобы можно было ихъ инъецировать черезъ канюлю.

Срѣзы производились микротомомъ Schanze. Для этого препараты заключались въ гумми-арабикъ, целлоидинъ и парафинъ. Заключеніе въ гумми-арабикъ (растворъ консистенціи

---

[1]) Fol. Lehrbuch der vergleich. microscop. Anatomie, 1884 г., s. 100.
[2]) Zeitschrift f. wissenschaft. Microscopie. Bd. I, Jafagang 1884 г. стр. 349.

сиропа по Klebs'у [3]) мы скоро оставили, въ виду того, что срѣзы получаются менѣе тонкіе; трудно получить большіе срѣзы, что важно при изученіи топографіи новообразованія; при последовательной промывкѣ водой многія части выпадаютъ изъ препарата. При заключеніи въ парафинъ получаются очень тонкіе срѣзы, въ особенности при незначительной ихъ величинѣ; но болѣе крупные срѣзы трудно расправляются на бритвѣ во избѣжаніе ихъ скручиванія. Удобство—полученіе серій путемъ наклейки на стекло каждаго срѣза. Что касается процесса заключенія въ парафинъ, то онъ состоитъ въ слѣдующемъ. Послѣ обезвоживанія препаратъ погружался въ гвоздичное масло, отсюда въ растворъ парафина въ xylol'ѣ, а затѣмъ въ чистый расплавленный парафинъ (при t 45°); срѣзы наклеивались на стекло при помощи разведеннаго спирта, держались нѣкоторое время въ термостатѣ, а затѣмъ парафинъ освобождался изъ срѣзовъ ксилолемъ (канадскій бальзамъ въ ксилолѣ). Самый лучшій способъ заключенія препаратовъ для полученія тонкихъ и большихъ срѣзовъ—это целлоидинъ. Срѣзы величиной отъ 2 до 3 ctm. получаются очень легко. Срѣзы во всю толщу почки (отъ капсулы и до сосочка) получаются безъ особеннаго труда. 2-е удобство срѣзовъ изъ целлоидина — ничто изъ препарата не выпадаетъ. 3-е—препараты весьма легко расправляются на предметномъ стеклышкѣ. Если бы случайно срѣзъ и скомкался, то повторное погруженіе изъ спирта въ воду помогаетъ быстрому развертыванію. Толщина срѣзовъ въ 1 дѣленія (микротома) самая обыкновенная. Краски извлекаются изъ целлоидина быстрѣе, чѣмъ изъ тканей—почему послѣ промывки получаются совершенно прозрачные промежутки, куда проникъ целлоидинъ. Впрочемъ последній легко удалить погруженіемъ срѣза на шпаделѣ или на предметномъ стеклѣ въ гвоздичное масло, поэтому, желая оставить целлоидинъ въ срѣзѣ—необходимо для просвѣтленія употреблять другія масла—ol. cedri, ol. bergamotti, съ послѣдовательнымъ заключеніемъ въ канадскій бальзамъ (растворъ его въ ксилолѣ или хлороформѣ). Въ виду такихъ удобствъ мы преимущественно и пользовались этимъ способомъ. Сравнительное неудобство — требуется отъ 2 до 5 сутокъ для хорошаго заключенія, погружая сначала въ жидкій

[3]) Fol. op. c. s. 115.

растворъ целлоидина въ смѣси эфира со спиртомъ, а потомъ перенося въ растворъ целлоидина, консистенціи густаго сиропа; по достиженіи достаточной консистенціи, вслѣдствіе испаренія эѳира и спирта, заключенные куски вырѣзываются и переносятся въ 75% спиртъ. Что касается окраски, то мы употребляли Гренахеровскій карминъ, гематоксилинъ по Фридлендеру [1]) и Эрлиху [2]). Очень скоро и интензивно окрашиваетъ гематоксилинъ по Гренахеру. Гематоксилинъ съ эозиномъ Рено менѣе удобенъ, чѣмъ послѣдовательное окрашиваніе эозиномъ послѣ окраски гематоксилиномъ. Насыщенный водный растворъ сафранина (перекрашиваніе съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ спиртомъ, подкисленнымъ соляной кислотой), пикрокарминъ.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній перейду къ изложенію изслѣдованныхъ мною случаевъ.

Epithelioma rodens palpebrae infer. sinistrae.

Случай 1-й.

Анна Терентьева, 36 лѣтъ отъ роду, крестьянка. Поступила къ намъ въ клинику 2 марта 1887 года съ язвой въ кожѣ лѣваго нижняго вѣка, величиной въ $1^1/_2$ ctm. въ діаметрѣ. Больная умѣреннаго тѣлосложенія, но вполнѣ здорова, съ хорошимъ питаніемъ, «худой болѣзнью не болѣла». Язва занимаетъ наружную половину указаннаго вѣка и частью переходитъ за его наружный уголъ, но рѣсничный край въ видѣ очень узкой полоски остается свободнымъ. Железы въ различныхъ областяхъ тѣла нормальной величины и консистенціи. На кожѣ никакихъ рубцовъ отъ язвъ нѣтъ. Утолщеній періостальныхъ тоже. Замужемъ и имѣетъ нѣсколько здоровыхъ дѣтей. По словамъ больной, 4 года назадъ (т. е. когда больной было 32 года) на мѣстѣ теперешней язвы появлялась сухая чешуйка, которую больная часто снимала. Спустя нѣкоторое время по снятіи корки получилась влажная поверхность, а потомъ и маленькая язвочка, покрывающаяся коркой. Около 3 лѣтъ назадъ она сдѣлалась уже язвой и медленно увеличивалась, пока наконецъ не достигла указанной выше величины.

---

[1]) Фридлендеръ. Микроскопич. техника, русск. перев.

[2]) Лавдовскій. Основ. къ изучен. микроскоп. анатоміи, 1887 г., т. I, стр. 29.

Во все время развитія и теперь язва оставалась безболѣзненной. Отдѣленіе незначительное, жидкое, быстро подсыхающее. Край язвы довольно круто спускается ко дну, уплотненъ, причемъ уплотненіе не болѣе 2—3 mm.; дно уплотнено незначительно. Язва сдвигается въ стороны вмѣстѣ съ кожей—слѣдовательно занимаетъ только толщу кожи. Дно язвы покрыто мелкими грануляціями консистенціи болѣе плотной, чѣмъ обыкновенныя воспалительныя. Кожа, прикрывающая край, и сосѣдняя, не представляетъ никакихъ воспалительныхъ измѣненій. Уплотненный незначительно край довольно рѣзко отграничивается отъ сосѣднихъ здоровыхъ тканей, отдѣльныхъ узелковъ нигдѣ нѣтъ. На основаніи указанныхъ клиническихъ признаковъ діагнозъ ulcus rodens—несомнѣненъ.

Анамнезъ и отсутствіе измѣненій въ кожѣ и костяхъ, продолжительность теченія,—описанныя свойства язвы отличаютъ ее отъ сифилитическаго изъязвленія. Отсутствіе воспалительныхъ измѣненій и узелковъ въ краяхъ, рубцеванія, самый видъ язвы—отличаютъ эту язву отъ люпознаго изъязвленія (Lupus exulcerans). Рѣзкое отграниченіе и незначительность инфильтраціи въ краяхъ и днѣ, отсутствіе пораженія железъ при продолжительности теченія (около 4 лѣтъ), отсутствіе кахексіи—все это отличаетъ имѣющуюся язву отъ кожнаго рака. 4 года для рака большой періодъ — онъ даетъ громадное разрушеніе, глубокую язву и обязательно пораженіе железъ.

При разрѣзѣ, проведенномъ черезъ дно и края язвы, инфильтрація оказалась очень незначительной—миллиметра 2—3. Въ профиль на разрѣзѣ края язвы представляются незначительно возвышенными, инфильтратъ не заходитъ за края далѣе 1½ mm. На срѣзахъ (фиксація Флеммингъ-Фолевскимъ растворомъ, спиртъ; при маломъ увеличеніи—ок. 2, объект. 4—Hartnack) черезъ край и дно, идя съ периферіи, мы замѣтили слѣдующее. Въ наружной кожицѣ, на небольшомъ разстояніи отъ края язвы, начинается увеличеніе междусосочковыхъ разрощеній мальпигіева слоя эпителія; въ началѣ незначительное, у самаго края оно даетъ значительныя выпячиванія на подобіе пальцевъ, то въ видѣ правильныхъ колбъ, то бутылкообразныя. Нѣкоторыя изъ нихъ оканчиваются слѣпымъ округленнымъ концомъ, другія раздѣляются на второстепенныя вѣтви. Грани-

цы ихъ ясно отграничены отъ стромы, на столько же ясно, какъ и въ нормальныхъ сосочкахъ. Надо замѣтить, что эти разрощенія мальпигіева слоя увеличиваются не всегда равномѣрно съ приближеніемъ къ краю язвы, мѣстами попадается перерывъ, не представляющій ненормальныхъ разрощеній, за которымъ опять идутъ, слѣдуя еще ближе къ краю язвы, болѣе глубоко вдающіяся разрощенія мальпигіева слоя. Иногда два незначительно вросшія въ видѣ цилиндровъ эпителіальныя образованія анастомозируютъ между собою, отдѣляя участокъ подлежащей ткани. Само дно язвы занято различныхъ формъ, въ видѣ трубокъ со вздутіями, часто анастомозирующими между собою, эпителіальными образованіями. Я говорю эпителіальныя на томъ основаніи, что можно прослѣдить соединеніе этихъ клѣточныхъ скопленій непосредственно со stratum Malpighii, помимо того, что они представляютъ скопленія клѣтокъ безъ всякаго промежуточнаго вещества, клѣтокъ, похожихъ на клѣтки мальпигіева слоя. Нигдѣ въ такомъ скопленіи нельзя найти сосуда. По бокамъ эти скопленія окружены каймой клѣтокъ, имѣющихъ видъ цилиндрическій. Средина этихъ образованій занята клѣтками, прилегающими плотно другъ къ другу то болѣе округленными, то болѣе овальными, то многоугольными. Въ языкахъ на краю язвы, не глубоко вдающихся въ подлежащую ткань, клѣтки ничѣмъ не отличаются отъ клѣтокъ мальпигіева слоя, но въ скопленіяхъ, которыя лежатъ глубже, въ самомъ днѣ язвы, контуры клѣтокъ чрезвычайно нѣжные, но на хорошо окрашенныхъ препаратахъ гематоксилиномъ съ эозиномъ границы ихъ все-таки видны довольно ясно. Ядра такой же величины, какъ и въ клѣткахъ мальпигіева слоя. Мѣстами попадаются совершенно круглой формы скопленія съ цилиндрическими клѣтками по периферіи— очевидно это разрѣзъ поперечно-идущей трубки. Иногда довольно толстый цилиндръ развѣтвляется на двѣ трубки, которыя на нѣкоторомъ разстояніи опять сливаются. Въ общемъ толщина такихъ цилиндровъ клѣтокъ въ 10, 15 и до 30. Что касается стромы, то она въ данномъ случаѣ представляется въ днѣ язвы сильно инфильтрированной грануляціонными элементами. Эта грануляціонная инфильтрація въ особенности сильно выражена соотвѣтственно дну и краямъ язвы и въ данномъ случаѣ въ глубину простирается глубже клубочковъ потовыхъ

железъ, проникаетъ между долекъ жировой ткани и мышечными пучками. Постепенно къ периферіи эта инфильтраціи уменьшается и дѣлается совсѣмъ незначительной, постепенно дѣлаясь болѣе поверхностной и оканчиваясь не много далѣе границы начинающагося разрощенія мальпигіева слоя. Вышеописанныя эпителіальныя образованія не идутъ глубже уровня клубочковъ потовыхъ железъ. Къ самой поверхности дна язвы соединительнотканныя почти совсѣмъ исчезаютъ, такъ что поверхность дна язвы образована грануляціонной тканью съ заложенными то тамъ, то сямъ вышеописанными эпителіальными образованіями, выше этого—на поверхности дна распадъ. Я обращу вниманіе на количественное отношеніе эпителіальныхъ скопленій къ стромѣ. Въ общей массѣ количество эпителіальныхъ скопленій незначительно, такъ что остаются между ними довольно значительные промежутки стромы. Выше мной было указано на то обстоятельство, что къ периферіи количество грануляціонныхъ элементовъ дѣлается менѣе значительнымъ. Въ данномъ случаѣ я могу указать еще на одно обстоятельство. Грануляціонные элементы располагаются гуще у вершины начинающихъ разростаться языковъ. Тамъ гдѣ есть перерывы, т. е. гдѣ нѣтъ этихъ пальцевидныхъ впячиваній, почти совсѣмъ нѣтъ или мало грануляціонныхъ элементовъ. Меня интересовалъ вопросъ, что раньше начинается? разрощеніе ли мальпигіева слоя изъ межсосочковыхъ пространствъ, или вышеупомянутая инфильтрація? Я пока отмѣчаю этотъ фактъ, а поговорю о немъ послѣ. Изъ того же обстоятельства, что грануляціонные элементы все же появляются тамъ, гдѣ нѣтъ еще разрощенія эпителія мальпигіева слоя—мнѣ кажется, по крайней мѣрѣ для разбираемаго случая, позволительно заключеніе, что появленіе грануляціонныхъ элементовъ явленіе первичное. Второе обстоятельство, которое меня заинтересовало, слѣдующее. Что энергичнѣе разростается, быстрѣе? эпителій или грануляціонные элементы? На препаратѣ, окрашенномъ сафраниномъ (при объект. № 10 имм. и ок. 4 Hartnack), можно видѣть каріокинетическія фигуры. Разсматривая препараты—съ этой цѣлью, я замѣтилъ, что, судя по дѣятельному состоянію ядеръ, эпителій разростается далеко медленнѣе.

Выше я указалъ, что граница клѣточныхъ образованій очень рѣзко очерчена; съ одной стороны цилиндрическій эпителій,

съ другой къ нимъ прилегаетъ соединительная ткань; отдѣльныя волокна соединительной ткани такъ правильно укладываются вокругъ образованія, что гдѣ клѣтки эпителіальныя выпали, кажется что альвеола раньше существовала; не представляетъ простаго раздвиганія пучковъ, какъ при раковой инфильтраціи. Иногда на краю со стороны просвѣта попадаются соединительно тканныя клѣтки въ видѣ легкаго выступа, съ ядромъ. Ни одна эпителіальная клѣтка не переходитъ границы. Но гдѣ ткань инфильтрирована грануляціонными элементами—тамъ можно встрѣтить, что грануляціонныя клѣтки находятся не только въ краѣ, но находятся даже въ полости альвеолы. Скопленіе ихъ бываетъ очень различно—и тамъ, гдѣ ихъ много, эта ровно очерченная, правильная волокнистость края альвеолы нарушается, волокна раздвигаютъ въ извѣстномъ мѣстѣ края альвеолы, какъ бы начинается образованіе бреши. Тамъ, гдѣ клѣтки заключеннаго въ альвеолѣ эпителіальнаго тѣла отстали отъ стромы, соотвѣтственно вышеуказанному мѣсту въ краѣ альвеолы (брешь) не замѣчается начала образованія отростка изъ эпителіальныхъ клѣточекъ; пограничный слой очерченъ ровной линіей. Это какъ будто говоритъ за то, что въ случаѣ дальнѣйшаго разростанія эпителіальнымъ элементамъ слѣдовало бы направиться въ сторону меньшаго сопротивленія, т. е. въ эту брешь.

Что касается до потовыхъ железъ, то я ни разу не нашелъ, чтобы изъ эпителія ихъ начиналось разростаніе. Въ железахъ, попадавшихся на краю, я не замѣтилъ никакихъ измѣненій. Въ остаткѣ клубочка подъ дномъ язвы я наблюдалъ или расширеніе просвѣта или съуженіе его отъ наполненія клѣтками, границы которыхъ и ядро не такъ были ясны, какъ въ нормальныхъ; а въ другихъ случаяхъ растянутый пузырекъ былъ наполненъ только остатками перерожденныхъ клѣтокъ. Надо полагать, что выводной протокъ ихъ разрушенъ; но мнѣ ни разу не удалось найти его соотвѣтственно дну язвы. Сальныя железы тоже не представляли измѣненій; но вокругъ нихъ ткань пропитывалась размножающимися соединительно-тканными клѣтками, проникающими въ перекладины между дольками. То же самое наблюдается въ стромѣ вокругъ пузырьковъ на разрѣзахъ потовыхъ железъ.

Не видно было разростанія эпителія изъ наружнаго волосянаго влагалища.

Что касается сосудовъ, то стѣнки артерій представлялись утолщенными, съ значительнымъ съуженіемъ просвѣта. Что касается локализаціи пораженія въ самой стѣнкѣ, то иногда видно, что утолщеніе болѣе развито во внутренней оболочкѣ, иногда же на счетъ средней и наружной. Измѣненія эти были описаны Гиршемъ, [1]), а потому я не буду много распространяться.

Я сообщу еще одно обстоятельство, которое обратило мое вниманіе. Въ тѣхъ промежуткахъ partis papillaris corii, гдѣ не было разростаній, выходящихъ изъ stratum Malpighii, можно было замѣтить присутствіе капилляровъ какъ съ восходящими вѣточками, такъ и съ горизонтальными. Это обстоятельство настолько повторялось часто какъ въ данномъ случаѣ, такъ и въ остальныхъ изслѣдованныхъ мной, что я невольно обратилъ на него вниманіе. Мнѣ въ другихъ случаяхъ приходилось наблюдать такую картину. За рядомъ довольно широкихъ разростаній, довольно глубоко вдающихся въ подлежащую ткань corii, слѣдовалъ узкій промежутокъ, за которымъ слѣдовало опять такое же разростаніе stratum Malpighii. Вотъ въ такихъ то случаяхъ, можно было убѣдиться, что по срединѣ этого узкаго просвѣта идетъ сосудъ, содержащій большее или меньшее количество кровяныхъ шариковъ. Затѣмъ по бокамъ сосуда немного только соединительной ткани сосочковаго слоя. Въ общемъ картина имѣла видъ, что сосудъ какъ колонна поддерживаетъ сводъ изъ эпителія наружной кожицы.

Что касается нервовъ, то на разрѣзахъ продольныхъ и поперечныхъ, на краѣ процесса, мы замѣтили болѣе широкое разстояніе между мякотными волокнами, при чемъ на продольныхъ разрѣзахъ замѣтно было развитіе волокнистой ткани, повидимому болѣе чѣмъ нормальное; въ промежуткахъ представлялись блестящія тонкія волоконца. На поперечномъ разрѣзѣ нервнаго стволика ясно видно, какъ между нервными волокнами проходили соединительно-тканныя волоконца, образуя пучки, длиной своей располагаясь по діаметру разрѣза, извилистой линіей проходя между ними и достигая утолщенной наружной оболочки. Контуры отдѣльныхъ волоконъ были не такъ ясны, какъ это бы-

[1]) Thiersch. l. c. стр. 150—155.

ваетъ нормально. На нѣкоторыхъ препаратахъ можно было замѣтить слѣдующее. Грануляціонные элементы находились не только въ около-лежащей соединительной ткани, но они замѣчались въ соединительной ткани перинейрія; мѣстами волокна соединительной ткани исчезали и на мѣстѣ ихъ замѣчалось увеличеніе молодыхъ клѣтокъ соединительной ткани, которыя видны были даже между нервными волокнами. Я не рѣшаюсь на основаніи этой картины вывести рѣшительное заключеніе о состояніи нервовъ. Профессоръ Н. П. Ивановскій [1]) находилъ (въ случаѣ язвы Пирогова) ясно выраженный хроническій Neuritis interstitialis. Такое указаніе на перерожденіе нервовъ я встрѣтилъ въ литературѣ только въ статьѣ проф. Ивановскаго [2]), хотя и въ данномъ случаѣ слѣдуетъ допустить такое заболѣваніе на основаніи указанныхъ измѣненій. Я указалъ почти на всѣ измѣненія, замѣченныя въ данномъ случаѣ. Обращу вниманіе на то, что, не смотря на болѣе чѣмъ 3-хъ лѣтнее существованіе язвы, количество новообразованія все-таки очень незначительное.

Epithelioma rodens faciei.

Случай 2-й.

Крестьянинъ Ефимъ Ивановъ, ур. Тверской губ. Поступилъ въ клинику въ 1884 году. У лѣваго угла рта, но не на мѣстѣ перехода въ слизистую оболочку, а немного отступя, на щекѣ, неправильной формы язва величиной въ серебреный гривенникъ. Дно язвы покрыто отчасти грануляціями, отчасти мелкозернистыми плотноватыми разрощеніями. Края язвы незначительно возвышены, уплотнены инфильтратомъ, занимающимъ протяженіе не болѣе 2—3 миллим. въ ширину; сосѣдняя кожа не представляетъ никакихъ измѣненій. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ съ краевъ язвы обнаруживается наклонность къ рубцеванію, что выражается образованіемъ бѣлой нѣжной покрышки, надвигающейся по грануляціямъ, и мелкозернистымъ разрощеніемъ дна

---

[1]) Труды Общ. Русск. Врачей 1883 г., стр. 41.

[2]) О состояніи концевыхъ аппаратовъ, изслѣдованіе которыхъ мнѣ предложено было многоуважаемымъ проф. Н. П. Ивановскимъ, не могу сообщить пока въ этой работѣ.

язвы. Но за время пребыванія больнаго въ клиникѣ наблюдалось и разрушеніе этой эпителіальной покрышки.

Кромѣ этой язвы у наружнаго праваго угла глаза, другая язва меньшихъ размѣровъ, чѣмъ вышеописанная, существующая около 6 лѣтъ. Края язвы очень мало возвышены, незначительно уплотнены. Нигдѣ узелковъ и воспалительныхъ измѣненій въ кожѣ края язвы не замѣтно. Дно усѣяно мелкозернистыми плотноватыми грануляціями. Уплотненіе дна незначительно. Лимфатическія железы сосѣднихъ областей нормальны. Сифилисомъ не болѣлъ и объективныхъ явленій этого заболѣванія нигдѣ нѣтъ. Послѣднее обстоятельство исключаетъ возможность признать эту язву за сифилитическую. Появленіе же язвы въ возрастѣ за 30 лѣтъ, отсутствіе узелковъ и воспалительныхъ явленій, вышеописанный видъ язвы, уплотненіе краевъ, дна, плотныя грануляціи — исключаютъ люпозное пораженіе. Слѣдовательно новообразованіе произошло на счетъ эпителіальныхъ тканей этой области изъ наружной кожицы или же изъ железистыхъ образованій. Въ виду незначительности инфильтраціи въ обѣихъ язвахъ, продолжительности теченія (6 л.) и отсутствія пораженія лимфатическихъ железъ исключается раковое пораженіе. Это есть, слѣдовательно, то язвенное эпителіальное образованіе, которое извѣстно подъ именемъ ulcus rodens или epthelioma rodens.

Клиническая особенность этого случая состоитъ въ томъ, что здѣсь заболѣваніе выразилось двумя язвами, находящимися на значительномъ разстояніи другъ отъ друга. По словамъ проф. Богдановскаго такіе случаи наблюдались имъ весьма рѣдко. 15 февраля произведено удаленіе язвы на щекѣ. Послѣ заживленія ея рубцеваніемъ, произведено въ слѣдующій сеансъ удаленіе, 10 Апрѣля, второй язвы у угла рта съ аутопластикой, увѣнчавшейся полнымъ успѣхомъ. 4 Мая больной выбылъ вполнѣ здоровый. Препаратъ фиксированъ былъ насыщеннымъ растворомъ пикриновой кислоты въ водѣ. Сохранялся въ спирту. На разрѣзахъ черезъ дно и края видно, что въ толщу инфильтратъ проникаетъ въ глубину менѣе чѣмъ на одинъ ctm.

Микроскопическое изслѣдованіе. Язвенное новообразованіе, какъ и въ предъидущемъ случаѣ, состоитъ изъ сильно гранулированной стромы, въ верхнихъ слояхъ дна язвы переходящей

прямо въ грануляціонную ткань. Среди этой стромы новообразованія, простирающагося немногимъ глубже корней волось, разбросаны самой разнообразной формы анастомозирующія между собой и отдѣльно лежащія эпителіальныя образованія, съ ясно выраженной границей и каймой цилиндрическихъ клѣтокъ по периферіи. Разростаніе идетъ исключительно на счетъ stratum Malpighii. Здѣсь очень ясно выраженъ тотъ фактъ, о которомъ я сказалъ уже въ предыдущемъ наблюденіи относительно сосудовъ папиллярнаго слоя. Отпрыски Мальпигіева слоя шире чѣмъ въ 1-мъ случаѣ, а главное—отходятъ гуще. Вотъ въ этомъ случаѣ и видно, что тамъ, гдѣ есть просвѣтъ, есть почти вездѣ и кровеносный сосудъ. Наружное волосяное влагалище не даетъ отпрысковъ и разростаній. Такъ какъ одинъ край язвы лежалъ на волосистой части головы, то на одной сторонѣ срѣза, проведеннаго черезъ оба края язвы и дно, есть волосяные мѣшки, а на другой нѣтъ. Вотъ на той то части, гдѣ они есть, не только не видно разростаній изъ нихъ, но, наоборотъ, въ этомъ краѣ меньше всего эпителіальныхъ образованій. Въ общемъ площадь эпителіальныхъ образованій на разрѣзѣ много меньше площади, занимаемой стромой. Потовыя и сальныя железы не обнаруживали разростанія своего эпителія, и потому нѣтъ никакого основанія предполагать развитіе вышеуказанныхъ эпителіальныхъ образованій изъ эпителія тѣхъ или другихъ железъ.

Но я отмѣчу здѣсь особенность, которой не было въ первомъ случаѣ. Среди эпителіальныхъ образованій, въ срединѣ ихъ замѣчались полости, неправильно очерченныя и наполненныя зернистымъ распадомъ, или въ видѣ небольшихъ иглъ и нитей. Безспорно, что это есть результатъ слизистаго (менѣе вѣроятно—жироваго) перерожденія эпителія. За то въ обоихъ случаяхъ я не видалъ эпидермоидальныхъ шаровъ.

Кромѣ того, что я сказалъ относительно отношенія сосудовъ папиллярнаго слоя corii къ отпрыскамъ, выходящимъ изъ rete Malpighii, здѣсь въ сильнѣйшей степени наблюдается перерожденіе стѣнокъ во всѣхъ оболочкахъ (intima, media и adventitia) до полнаго закрытія просвѣта. Тамъ, гдѣ просвѣтъ еще сохранился, очень хорошо выражены папиллярныя утолщенія на intima артерій.

Въ этомъ же случаѣ весьма убѣдительно видны измѣненія

въ нервахъ. На одномъ препаратѣ видны два ствола, перерѣзанные въ поперечномъ направленіи: на одномъ изъ нихъ довольно ясно видны контуры нервныхъ волоконецъ и нормальное разстояніе. На другомъ контуры неясны, волокна другъ отъ друга на болѣе значительномъ разстояніи, а между ними волокнистая ткань; въ одной части стволика совсѣмъ нельзя различить нервныхъ волоконъ; наружная оболочка утолщена. Это тѣмъ болѣе интересно, что эта картина наблюдалась на периферіи новообразованія. На одномъ изъ продольныхъ разрѣзовъ видны пучки соединительно-тканныхъ волоконъ, а между ними тонкія полоски зернистаго аморфнаго распада.

Вторая язва по микроскопическому строенію вполнѣ идентична съ сейчасъ описанной, а посему я не буду повторять еще разъ подобное же описаніе. То-же обстоятельство, что язва представляла зачатки непрочнаго рубцеванія, наблюдалось и другими авторами [1]).

Epithelioma rodens regionis infra orbitalis sin.

Случай 3-й.

Спиридонъ Артамоновъ, 49 лѣтъ, крестьянинъ Тверской губерніи. Поступилъ въ Маріинскую больницу 9 Апр. 1887 г. (Пріемн. журн. № 1419).

Лѣтъ за 5 до поступленія въ Маріинскую больницу замѣтилъ бородавочку подъ лѣвымъ наружнымъ угломъ глаза, немного отступя внизъ, которую больной и содралъ. Съ тѣхъ поръ стала постепенно образовываться язва. Ко времени поступленія язва достигла величины серебренной пятнадцати-копѣечной монеты. Язва безболѣзненна, овальной формы и верхнимъ краемъ помѣщается книзу отъ нижняго вѣка. Край ея незначительно выдается надъ дномъ, круто поднимаясь отъ его поверхности. Край уплотненъ, но уплотненіе не заходитъ далѣе 3 миллим., безъ воспалительныхъ явленій и узелковъ—какъ на немъ, такъ и въ ближайшемъ разстояніи. Дно язвы слегка углублено и покрыто мелко-зернистыми грануляціями, на ощупь болѣе плотной консистенціи, чѣмъ обыкновенныя грануляціи, болѣе мягкія и бархатистыя; инфильтратъ дна незначительный,

[1]) Hutchinson l. c; Якобсонъ l. c., Butein. Encycl. internat. d. chir. par Gosselin. 1885. p. 862.

отдѣленіе изъ язвы—тоже. Язвенное образованіе смѣщается вмѣстѣ съ окружающими покровами. Лимфатическія железы соотвѣтственной стороны нормальны. По словамъ больнаго—сифилисомъ не страдалъ, чему можно вѣрить на основаніи отсутствія измѣненій въ кожѣ, лимфатическихъ железахъ и костяхъ. Больной во всемъ остальномъ вполнѣ здоровъ.

На основаніи этихъ данныхъ и уплотненія дна и краевъ, а равно продолжительности теченія—исключается сифилитическое язвенное заболѣваніе. Незначительность инфильтрата и отсутствіе пораженія железъ въ продолженіи пяти лѣтъ говорить противъ раковаго новообразованія. Уплотненный, возвышенный край, отсутствіе узелковъ и воспалительныхъ явленій въ краяхъ, а равно серпигинозности, говорятъ противъ люпознаго пораженія. Слѣдовательно это есть ulcus rodens или epithelioma rodes—язвенное новообразованіе, развившееся на счетъ разростанія эпителіальныхъ тканей кожи, а не одно изъ вышеуказанныхъ видовъ гранулемъ, развивающихся на почвѣ соединительной ткани. Смѣщаемость новообразованія исключала болѣе глубокіе слои, какъ почву, изъ которой могло бы развиться новообразованіе. 14 Апрѣля сдѣлано удаленіе язвы ножомъ съ окружающими здоровыми тканями. Аутопластика съ полнымъ успѣхомъ. 2 Мая больной ушелъ вполнѣ здоровымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ общемъ измѣненный слой ткани не простирается глубже клубочковъ потовыхъ железъ. На разрѣзахъ, проведенныхъ черезъ центръ язвы, подъ ея дномъ можно видѣть на препаратахъ разрѣзы клубочковъ потовыхъ железъ.

Что касается натуры язвеннаго образованія, то, какъ и въ прошлыхъ случаяхъ, оно состояло изъ сильно гранулированной стромы, и изъ разросшихся эпителіальныхъ элементовъ. Разростаніе происходитъ изъ rete Malpighii въ видѣ разнообразныхъ формъ. Разростаніе здѣсь имѣло видъ не очень толстыхъ (10—15 и меньше клѣтокъ въ толщину) отпрысковъ, на различныхъ разстояніяхъ отъ rete Malpighii анастомозировавшихъ между собой. Здѣсь же видно, какъ внѣдряющіеся отпрыски узкими анастомозами соединяются съ наружнымъ влагалищемъ волосянаго мѣшка, но разростанія эпителія изъ наружнаго влагалища я не видѣлъ.

Вышеуказанное отношеніе этихъ эпителіальныхъ внѣдреній къ сосудамъ сосочковаго слоя можно было замѣтить и здѣсь, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ. Клѣтки этихъ отпрысковъ на значительномъ разстояніи въ глубину вполнѣ носили характеръ клѣтокъ мальпигіева слоя; въ нихъ ясно можно было замѣтить зубчатость (Riffzellen). Но глубже и въ анастомозахъ онѣ имѣли болѣе молодой видъ, такъ какъ эта зубчатость не была замѣтна. Клѣтки становились болѣе округлой формы. Соотвѣтственно дну язвы эпителіальныя скопленія начинаютъ принимать такой характеръ и расположеніе, по которымъ называютъ всю картину glandular'ной. Границы ихъ рѣзки, но клѣтки болѣе молодыя, а по периферіи слой цилиндрическихъ клѣтокъ. Окружены они по преимуществу грануляціонной стромой.

Что меня удивило въ данномъ случаѣ—это то, что соотвѣтственно дну эти разростанія заходили не очень глубоко, внѣдряясь въ подлежащую ткань, носившую въ верхнихъ слояхъ вполнѣ характеръ чистой грануляціонной ткани. Чѣмъ глубже, тѣмъ попадалось больше волокнистыхъ элементовъ стромы; въ общемъ все-таки мало. Всѣ эти эпителіальныя образованія рѣзко отграничены отъ стромы и имѣютъ на периферіи слой цилиндрическихъ клѣтокъ.

Сальныя железы не увеличены и не показываютъ признаковъ разростанія. Въ клѣткахъ видны хорошо окрашивающіяся ядра (сафраниномъ), по мѣстамъ они окрашивались плохо, такъ что скоро можно было допуститьна чало атрофическихъ процессовъ.

Что касается потовыхъ железъ, то въ краяхъ язвы онѣ совершенно не измѣнены, равно какъ ихъ выводные протоки. Но въ пузырькахъ, которые попадались подъ дномъ, частью среди малоизмѣненной стромы, частью среди гранулированной, видны были слѣдующія измѣненія. Въ нѣкоторыхъ просвѣтъ сохраненъ почти нормально; въ другихъ пузырькахъ большаго объема просвѣтъ исчезъ, все наполнено клѣтками, но клѣтки, лежавшія болѣе къ центру пузырьковъ, имѣли неясную границу и плохо окрашенныя ядра, чего не было въ периферическихъ клѣткахъ. Но изъ такихъ заполненныхъ клѣтками кружковъ (разрѣзъ трубки) нигдѣ не было видно и слѣдовъ разростанія. Напротивъ, были факты за атрофическій процессъ. Иногда тутъ

же рядомъ попадались сильно растянутые кружки не только безъ заполненія ихъ вплотную клѣтками, а наоборотъ, клѣтокъ осталось немного, остальное — остатки клѣтокъ, отчасти аморфная масса. Весьма понятно, что эта картина была обусловлена закупориваніемъ выводнаго протока.

Глубже попадаются мышечныя волокна, вполнѣ сохранившія свою поперечную и продольную исчерченность (что особенно хорошо видно при фиксаціи флеммингової жидкостью). Размноженія ядеръ сарколемы не было.

Мѣстами на разрѣзахъ попадался хрящъ нижняго вѣка вполнѣ неизмѣненный. Попадавшіяся капельки жира въ клѣткахъ, хорошо окрасившіяся осміевой кислотой, не имѣютъ особеннаго патогномоническаго значенія, такъ какъ, по словамъ Корниля и Ранвье [1]), онѣ бываютъ и въ нормальномъ состояніи.

Что касается сосудовъ, то здѣсь въ очень сильной степени выразилось утолщеніе всѣхъ оболочекъ до полнаго закрытія просвѣтовъ (Endarteritis obliterans). Ненормальная складчатость и папиллярное утолщеніе intimae видны прекрасно. Такія измѣненія видны на артеріяхъ не только въ подкожной клѣтчаткѣ, но и въ болѣе мелкихъ сосудахъ, сосудахъ ретикулярнаго слоя rete Malpighii.

На попадавшихся разрѣзахъ нервныхъ стволиковъ, заключающихъ въ себѣ 8—12 двуконтурныхъ волоконъ, я не находилъ въ этомъ случаѣ никакихъ рѣзкихъ измѣненій. Наружная оболочка ихъ не представлялась утолщенной болѣе нормы. Контуры волоконъ видны довольно ясно и разстояніе между ними нормально—они прилегаютъ почти вплотную другъ къ другу. Но, оставаясь вѣрнымъ дѣйствительности, на одномъ изъ препаратовъ, хранящемся у меня, на болѣе толстомъ стволикѣ несомнѣнное утолщеніе наружной оболочки, при чемъ соединительно-тканныя волокна отходятъ отсюда внутрь пучками въ нѣсколько нитей и получается довольно толстая сѣть, при чемъ на поперечномъ разрѣзѣ получается сѣть фиброзныхъ перекладинъ, съ полнымъ исчезаніемъ между ними двуконтурныхъ волоконъ, которыхъ сравнительно съ площадью разрѣза уцѣлѣло

[1]) Корниль и Ранвье. Руководство къ патологич. гистологіи. Русск. перев., стр. 19.

очень мало. Я удерживаюсь отъ сопоставленія величинъ стволиковъ, чтобы сдѣлать выводъ о направленіи измѣненій въ нервахъ, тѣмъ болѣе, что, быть можетъ, болѣе малые не относились къ послѣднему какъ развѣтвленія. Очень жаль, что невозможно изслѣдовать сосуды и нервы на болѣе отдаленномъ разстояніи отъ язвы. Если принять въ соображеніе, что экстирпированныя опухоли были обработаны одной и той же жидкостью, то сомнѣніе на счетъ измѣненій отъ способовъ обработки исчезаетъ само собой.

Что особенно поражаетъ при сличеніи микроскопической картины съ клиническимъ проявленіемъ этого язвеннаго новообразованія — это ничтожность массы новообразованія сравнительно съ временемъ роста, около 6 лѣтъ; даже если-бы допустить ошибку въ показаніяхъ больнаго, то и тогда эффектъ поразительный. Такъ долго рости и такъ мало вырости! А между прочимъ, судя по присутствію каріокинетическихъ фигуръ—надо же допустить, что ростъ эпителіальныхъ элементовъ все-таки есть. Какъ много времени нужно для того, чтобы клѣтки мальпигіева слоя отжили свой вѣкъ, я не знаю, тѣмъ не менѣе смѣна ихъ происходитъ. Каріокинетическихъ же фигуръ дѣятельнаго состоянія въ неизмѣненномъ эпидермисѣ гораздо менѣе, чѣмъ въ отросткахъ его въ глубину. Невольно ожидаешь большихъ накопленій эпителіальныхъ элементовъ. Судя по тому, что въ днѣ язвы характеръ клѣточныхъ элементовъ эпителіальныхъ скопленій болѣе молодой, допускаешь и болѣе быстрый ростъ, а слѣдовательно и накопленіе. Невольно является въ мысли такое представленіе о происходящихъ здѣсь процессахъ, что точно эти грануляціи, постепенно выростая изъ болѣе глубокихъ слоевъ, вмѣстѣ съ тѣмъ и выпячиваютъ собой эти эпителіальныя скопленія. Если бы это въ дѣйствительности было, такъ тогда бы понятнѣе была та незначительность массы эпителіальнаго новообразованія за такой продолжительный періодъ ихъ наростанія, хотя и медленнаго. А между прочимъ изъ характера расположенія этихъ грануляціонныхъ элементовъ, описаннаго мной въ первомъ случаѣ, получается впечатлѣніе, будто они способствуютъ въ то же время процессу разростанія эпителіальныхъ элементовъ, уничтожая во многимъ мѣстахъ въ барьерѣ нормальныхъ и ненормальныхъ

образованій ту плотную волокнистость стромы, которая безспорно болѣе заслуживаетъ названія барьера, чѣмъ рыхлая грануляціонная ткань [1]). Если все это дѣйствительно такъ, то это только свидѣтельствовало бы о нѣкоторой двойственной роли въ патологическихъ процессахъ одного и того же фактора, а можетъ быть и о томъ, что не все цѣлесообразно въ процессахъ организма.

Epithelioma rodens nasi.

Случай 4-й.

Крестьянинъ Петръ *Ляпуновъ*, 57 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ язвою на носу 14 окт. 1886 года. Больной бодрый, средняго тѣлосложенія; общее состояніе вполнѣ удовлетворительное.

На правой хрящевой части носа и его вершинѣ помѣщается язва, причинившая дефектъ во всю толщу праваго крыла Язва неправильной формы, дно ея покрыто зернистыми мелкими и плотными разрощеніями, а не мягкими—какъ при воспалительной язвѣ. Края язвы неровно очерчены, инфильтрированы и безъ всякихъ признаковъ воспаленія. Уплотнѣніе края незначительно,—не болѣе одной линіи отъ края язвы. Ни въ краѣ, ни въ около-лежащей кожѣ нѣтъ бугристыхъ образованій или узелковъ съ красноватымъ оттѣнкомъ, какъ при люпусѣ. Плотность грануляцій, затвердѣніе, хотя и незначительное въ краѣ язвы. отсутствіе воспалительныхъ явленій—говоритъ за то, что кромѣ язвеннаго процесса мы имѣемъ дѣло съ процессомъ новообразовательнымъ. Такъ какъ процессъ новообразованія локализируется главнымъ образомъ въ кожѣ, то это новообразованіе произошло или на счетъ элементовъ соединительной ткани, или насчетъ эпителіальныхъ элементовъ. Изъ язвенныхъ новообразованій на кожѣ, развивающихся изъ соединительно-тканныхъ элементовъ, смѣло можно исключить грануломы: язвенную сифилитическую и люпозную. Первую на томъ основаніи, что, по словамъ больнаго, онъ никогда этой болѣзнью («худой» болѣзнью) не страдалъ. Ни рубцовъ, ни періоститовъ, ни затвер-

[1]) Кстати замѣчу, что въ роли этого барьера менѣе всего можно приписать выдающееся значеніе той подстилкѣ, которая носитъ названіе membrana basillaris.

ѣлыхъ железъ въ различныхъ областяхъ нѣтъ. Кромѣ того лотность краевъ и плотность грануляцій говорятъ противъ звы, развившейся изъ какого бы то ни было сифилитическаго бразованія, равно и существованіе язвы—около 7—лѣтъ говоитъ противъ сифилитическаго изъязвленія. Люпозное изъязвленіе можетъ быть исключено на основаніи начала язвеннаго бразованія въ позднемъ для lupus'а возрастѣ (50 лѣтъ). плотненіе краевъ хотя и можетъ быть при lupus'ѣ (воспалиэльный валикъ), но не достигаетъ такой степени; нѣтъ воспаштельныхъ явленій и узелковъ въ краѣ, свойственныхъ люозному изъязвленію. Слѣдовательно новообразованіе произошло асчетъ эпителіальныхъ образованій кожи. Обыкновенно кожый канкроидъ имѣетъ сильно уплотненные края, вслѣдствіе нфильтраціи здоровыхъ сосѣднихъ тканей, такъ какъ процессъ овообразовательный сильнѣе выраженъ, чѣмъ язвенное разруеніе. Теченіе быстрѣе; отсутствіе пораженія железъ говоритъ ротивъ канкроида. Кожный скирръ Bilroth'а [1]) даетъ незнаятельный инфильтратъ, но за то всегда поражаетъ железы. Слѣовательно на основаніи отсутствія пораженія железъ и путемъ ышеуказаннаго исключенія остается допустить, что въ данномъ лучаѣ мы имѣемъ дѣло съ ulcus rodens или epithelioma rodens.

24 октября произведено удаленіе язвеннаго новообразованія ожомъ и предоставлено заживленію рубцомъ. Аутопластики ольной не пожелалъ и выписался 28 января 1887 года вполнѣ злеченнымъ.

При разрѣзѣ, проведенномъ черезъ слизистую оболочку, дно кожу, можно было простымъ глазомъ замѣтить крайнюю неачительность слоя новообразованія, не переходящую въ краяхъ олѣе $1^1/_2$ mm. за край кожи и еще меньше со стороны слиистой оболочки; такая же толщина дна.

Микроскопическое изслѣдованіе. При маломъ увеличеніи ос. 2, об. 4 Hartnack) первое, что бросалось въ глаза, это копленіе эпителіальныхъ образованій въ днѣ въ видѣ сѣти, Netze) главнымъ образомъ на наружной сторонѣ хряща; гоэздо меньше эпителіальныхъ образованій въ видѣ отдѣльныхъ ѣтвящихся тѣлъ и затѣмъ мелко гранулированная строма. етли этой сѣти очень значительны въ сравненіи съ узкою

[1]) Бильротъ. Общ. хир. пат. 1883 г., стр. 631.

сѣтью эпителіальныхъ скопленій и ихъ развѣтвленій въ сѣть. Отдѣльныя вѣтви достигаютъ поверхности дна язвы. При большемъ увеличеніи (ос. 4, ob. 8 Hartnack) видно, что эпителіальныя вѣтви состоятъ изъ клѣтокъ, вплотную прилегающихъ другъ къ другу, по величинѣ (сравнивая ихъ на томъ же препаратѣ) равныхъ клѣткамъ rete Malpighii. Отдѣльныя вѣтви этой сѣти прямыя продолженія отпрысковъ, идущихъ изъ мальпигіева слоя. Границы этихъ скопленій и ихъ вѣтвей рѣзко очерчены.

Отпрыски, идущіе отъ rete Malpighii, или очень узки (8, 10—15 клѣтокъ въ ширину), или толще и на весьма близкомъ разстояніи дѣлятся на вторичныя вѣтви. Эти отпрыски и вѣтви тотчасъ же вступаютъ въ соединеніе другъ съ другомъ. Отпрыски отъ мальпигіева слоя на нѣкоторомъ разстояніи отъ края. Къ периферіи уменьшаются, а затѣмъ—нормальные сосочки. Со стороны слизистой оболочки такіе же отпрыски изъ rete mucosum, тотчасъ вступающіе въ анастомозы; сѣть эта не доходитъ до хряща, гдѣ отростокъ приблизился къ нему—онъ какъ бы загибается. Строма состоитъ изъ соединительной ткани съ размножающимися клѣтками (на краѣ ихъ очень немного), а въ днѣ переходящей въ сильно гранулированную ткань. Словомъ со стороны стромы явленія такія же, какъ въ вышеописанныхъ случаяхъ, съ той разницей, что здѣсь это явленіе выражено меньше. Главнымъ образомъ это гранулированіе выражается при началѣ образованія отростковъ, а затѣмъ въ основаніи язвы; глубже, за поясомъ эпителіальной сѣти, гранулированіе хотя менѣе рѣзко выражено, но все же продолжается.

Особенность въ этомъ случаѣ сравнительно съ прежними— ясная, широко петлистая сѣтчатость эпителіальнаго разрощенія. во 2-хъ, значительно большее преобладаніе стромы надъ новообразованіемъ эпителіальнымъ. Эта сѣтевидность вовсе не выражаетъ происхожденія изъ эндотелія лимфатическихъ сосудовъ; во первыхъ, она есть непосредственное продолженіе отростковъ изъ rete mucosum; 2) процессъ разростанія въ краяхъ безспорно первичный; 3) пикриновой кислотой также окрашены, какъ и клѣтки мальпигіева слоя.

Что касается хряща, то въ немъ нѣтъ этихъ вростаній — они подходятъ только къ перихондрію, а со стороны язвы онъ

размягчается врастаніемъ грануляцій, процессомъ аналогичнымъ остеопорозу.

Что касается толщины собственно слоя основанія, занятаго эпителіальнымъ внѣдреніемъ, то это видно изъ того, что при маломъ увеличеніи (oc. 2, ob. 4, Hartnack) укладывается въ поле зрѣнія.

Изъ остальныхъ явленій—утолщеніе оболочекъ артерій, какъ и въ прочихъ случаяхъ. Вышеуказанныя явленія въ нервныхъ стволахъ не могли быть подмѣчены въ данномъ случаѣ.

Что касается железистыхъ образованій, то они не принимаютъ никакого участія въ образованіи вышеуказанной сѣти эпителіальнаго разростанія.

Размноженіе соединительно-тканныхъ элементовъ простирается въ межмышечныя пространства, и въ ближайшей окружности къ гранулированному поясу поперечная полосатость исчезаетъ. Очевидно, что эти атрофическія измѣненія въ мышечныхъ волокнахъ подготовляютъ почву для дальнѣйшаго разростанія эпителія. Процессъ этотъ совершается очень медленно, что ясно изъ незначительности разрушенія—болѣе чѣмъ въ 6-ти лѣтній періодъ времени, а во вторыхъ—незначительнымъ количествомъ новообразованія. По мѣрѣ того, какъ врастаніе отростковъ отъ мальпигіева слоя своимъ сѣтеобразнымъ разростаніемъ охватывало участки кожи, отнималось питаніе вслѣдствіе сдавленія; самые поверхностные слои въ силу прекращенія правильной циркуляціи соковъ не могли продолжать своей жизненности и отмирали—такимъ образомъ происходило обнаженіе corii, рядомъ съ увеличивающимся грануляціоннымъ [1]) процессомъ. Все это разыгрывалось на почвѣ ткани и безъ того съ пониженнымъ питаніемъ, вслѣдствіе вышеуказанныхъ измѣненій въ стѣнкахъ артерій. Такимъ путемъ происходитъ разростаніе по поверхности. Въ днѣ процессы аналогичны — развитіе грануляціонной ткани и охватываніе участковъ ея сѣтью. И эпителіальныя образованія и грануляціи обнаруживаютъ мало стойкости, вслѣдствіе пониженнаго питанія, и самые поверхностные слои, какъ находящіеся въ наименѣе выгодныхъ условіяхъ пи-

---

[1]) Процессомъ разростанія соединительно-тканныхъ клѣтокъ до образованія настоящей грануляціонной ткани въ болѣе поверхностныхъ слояхъ дна.

танія, отмираютъ. Такъ происходитъ постепенное разрушеніе, слой за слоемъ въ глубину. Грануляціонная ткань какъ бы стремится выдвинуть наружу эти образованія, но она сама достаточно слаба вслѣдствіе плохаго питанія. Вотъ почему не можетъ произойти быстрое выведеніе этихъ эпителіальныхъ образованій, не можетъ произойти стойкая ткань для дальнѣйшаго заживленія рубцеваніемъ. По этимъ же причинамъ толщина слоя новообразованія остается всегда незначительной. Если въ нижнихъ слояхъ и увеличивается тонкій слой новообразованія, то настолько же отмираетъ въ верхнихъ слояхъ. Словомъ, каждый шагъ новообразованія въ болѣе нижнихъ слояхъ сопровождается такимъ же шагомъ некротизаціи въ верхнихъ слояхъ. Такъ происходитъ процессъ въ днѣ язвы и въ ея краяхъ.

Можетъ быть въ днѣ на минуту перевѣсъ остается за грануляціонной тканью, она какъ бы выбрасываетъ эпителіальныя скопленія; но разрушительный процессъ въ краѣ дальнѣйшее вростаніе эпителія, а тѣмъ самымъ и отсутствіе правильныхъ условій для подвиганія эпителія съ краевъ на поверхность дна, не позволяютъ правильному закрытію дефекта.

Что такой процессъ вѣроятно имѣетъ мѣсто въ дѣйствительности, доказывается тѣми наблюденіями авторовъ, которые въ этого рода язвахъ не находили элементовъ новообразованія, а только одну грануляціонную ткань. Съ другой стороны рубцеваніе съ краевъ (Butlin [1]) и образованіе островковъ эпителія въ днѣ (Якобсонъ [2]) тоже говорятъ въ пользу возможности вышеуказаннаго процесса, что и было наблюдаемо въ нашей клиникѣ.

Ulcus rodens alae sin. nasi.

Случай 5-й.

Крестьянинъ Степанъ *Максимовъ*, 65 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ язвой на лѣвомъ крылѣ носа, немного отступя отъ края. Больной средняго сложенія и на свои годы бодрый старикъ.

---

[1]) Butlin. Encyclopedie internat. de chirurgie, par Gosselin. 1885, p. 860 и слѣд.

[2]) Якобсонъ. Рудневскій журналъ, стр. 355. 1875 года.

На лѣвомъ крылѣ носа язва величиной въ серебряный пятачекъ. Язва округлой формы, съ рѣзко обрѣзаннымъ плотнымъ краемъ и немного инфильтрированнымъ; дно покрыто мелко-зернистыми, плотными грануляціями; по сосѣдству, въ краяхъ, узелковъ и воспалительныхъ явленій не замѣчается; въ верхней части края линейный рубецъ въ 2 ctm. длины, дно незначительно инфильтрировано. Сифилиса не имѣлъ и объективныхъ данныхъ для такого предположенія нѣтъ. Сосѣднія лимфатическія железы нормальны, а также и въ остальныхъ мѣстахъ тѣла, какъ по величинѣ, такъ и по консистенціи. Начало заболѣванія относится ко времени болѣе двухъ лѣтъ назадъ. Заболѣваніе началось еще раньше небольшимъ утолщеніемъ, которое, по словамъ больнаго, походило на «рыбій глазъ» (вѣроятно утолщеніе роговаго слоя). Больной содралъ его, образовалась язвочка, не уступавшая леченію, а потому врачъ, пользовавшій больнаго, вырѣзалъ ее и зашилъ рану—отъ этого и вышеописанный рубецъ. Но годъ тому назадъ появилась опять язвочка вышеописаннаго характера. На основаніи анамнеза, вида язвы и отсутствія какихъ бы то ни было явленій сифилиса, исключается сифилитическій характеръ язвы. Поздній возрастъ, отсутствіе воспалительныхъ явленій и бугорковыхъ образованій исключаютъ люпозное изъязвленіе. Отсутствіе значительнаго инфильтрата и пораженія железъ исключаетъ раковый характеръ язвы. Ergo—это есть ulcus rodens или epithelioma rodens. 30 апрѣля произведено удаленіе ножомъ и предоставлено заживленіе рубцеваніемъ, такъ какъ больной отказался отъ пластическаго закрытія дефекта. 10 мая язва зарубцевалась и больной выписался здоровымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Такъ какъ при экстирпаціи удаляемая часть подверглась разрыву пинцетомъ, то большихъ срѣзовъ сдѣлать нельзя было. Изслѣдованіе отдѣльныхъ частей края и дна показало, что новообразованіе занимаетъ очень незначительный слой: не спускается глубже клубочковъ потовыхъ железъ. Въ одной части язвы, ближайшей къ рубцу, значительное фиброзное утолщеніе corii, а ближе къ краю язвы грануляціонная инфильтрація соединительной ткани. Разростаніе эпителіальныхъ образованій кожи нѣтъ. Съ противо-

положной стороны, въ краѣ, разростаніе мальпигіева слоя самыхъ разнообразныхъ формъ, какъ въ предшествующихъ случаяхъ.

Волосяные мѣшки не подверглись атипическому разростанію; потовыя железы тоже. Сальныя железы немного растянуты, но нигдѣ не даютъ отъ себя отпрысковъ. Дно язвы состоитъ изъ грануляціонной стромы и заложенныхъ эпителіальныхъ образованій, съ рѣзкими границами и слоемъ цилиндрическихъ клѣтокъ по периферіи. Преобладающая форма ихъ трубчатая, съ анастомозами. Строма въ общей, массѣ, преобладаетъ надъ эпителіальными образованіями весьма значительно.

Изъ другихъ явленій замѣчается здѣсь, какъ и въ другихъ случаяхъ, сильное утолщеніе стѣнокъ артерій во всѣхъ оболочкахъ. И здѣсь, какъ и въ прежнихъ случаяхъ, замѣчается ничтожность новообразованія, сравнительно съ временемъ развитія его. Такъ какъ все, что я сказалъ относительно прежнихъ случаевъ, имѣетъ мѣсто и здѣсь, то я не буду пускаться въ излишнія описанія.

Очень возможно, что поводомъ къ развитію рецидива послужила неполная экстирпація новообразованія во время перваго оперативнаго вмѣшательства, а можетъ быть вторичное появленіе язвы есть независимое явленіе, какъ и совмѣстное существованіе—но въ весьма рѣдкихъ случаяхъ—двухъ язвъ на отдаленномъ разстояніи другъ отъ друга (какъ въ случаѣ, приведенномъ у насъ подъ № 2).

Epithelioma rodens nasi.

Случай 6-й.

Константинъ *Дмитріевъ*, 46 лѣтъ, ур. Архангельской губ., крѣпкаго сложенія; поступилъ въ нашу клинику съ язвой на носу.

У этого больнаго 3 слишкомъ года назадъ вырѣзана была язва; но черезъ годъ послѣ операціи у рубца появилось небольшое новое затвердѣніе, превратившееся въ язву. На правой боковой поверхности носа имѣется язва округлая, съ діаметромъ въ $1^1/_2$ сантиметра. Дно язвы покрыто мелко-зернистыми плотными разрощеніями, незначительно кровоточа-

щими при дотрогиванiи. Края возвышенны и плотны, инфильтрированы. Этотъ инфильтратъ краевъ, занимающiй почти всю толщу кожи и подкожной клѣтчатки, распространяется по поверхности на разстоянiи $1^1/_2 - 2$ линiй отъ язвеннаго края. Никакихъ воспалительныхъ явленiй и бугорковыхъ отложенiй не замѣчается въ кожѣ края и ближайшей окружности. Самъ инфильтратъ ни по консистенцiи, ни по наружному виду, не можетъ быть отнесенъ къ воспалительнымъ отложенiямъ. Лимфатическiя железы ближайшихъ сосѣднихъ областей нормальны. Ни рубцовъ, ни язвъ, ни перiостальныхъ утолщенiй нѣтъ; сифилисомъ не страдалъ. По консистенцiи разрощенiй дна язвы, по вышеописанному характеру уплотненiя краевъ безъ признаковъ воспалительныхъ явленiй—необходимо допустить, что имѣемъ дѣло съ язвеннымъ новообразованiемъ (neoplasma), занимающимъ толщу кожи, а также и подкожной клѣтчатки. Новообразованiе на почвѣ соединительной ткани—гранулемы сифилитическая и люпозная, перешедшiя въ изъязвленiе, исключаются на основанiи объективныхъ данныхъ мѣстныхъ и анамнеза. Слѣдовательно имѣемъ новообразованiе, происшедшее насчетъ эпителiальныхъ элементовъ кожи, какъ результатъ ихъ атипическаго разростанiя. Характерно то, что, не смотря на два прошлыя возобновленiя въ перiодъ болѣе 3-хъ лѣтъ, что новообразованiе эпителiальнаго характера не дало пораженiя лимфатическихъ железъ. Слѣдовательно, оно не есть раковое, а то, которое, представляя атипическое разростанiе эпителiя въ подлежащую ткань, изъязвляясь и распространяясь по поверхности и въ глубину, производя разрушенiя тканей и даже очень обширныя, никогда не даетъ пораженiя лимфатическихъ железъ, т. е. ulcus rodens или epithelioma rodens.

12 января 1888 года язвенное новообразованiе удалено ножомъ съ частью здоровыхъ тканей, а 29 января, во избѣжанiе выворота вѣка, произведено перенесенiе кожнаго лоскута со лба. Къ 24 февраля больной выздоровѣлъ и выбылъ.

Микроскопическое изслѣдованiе. На разрѣзахъ, проведенныхъ черезъ край и дно, видно, что новообразованiе состоитъ дѣйствительно изъ атипическаго разростанiя Мальпигiева слоя въ строму corii, пронизанную размножающимися соединительнотканными элементами, въ верхнихъ слояхъ дна переходящихъ

въ грануляціонную ткань. За слоемъ зернистаго распада въ днѣ слѣдуетъ слой грануляціонный, съ разбросанными эпителіальными образованіями, которыя, будучи покрыты только этимъ слоемъ распада, какъ бы вываливаются; этимъ и обусловливается клиническій признакъ —плотность грануляцій. Эти эпителіальныя образованія болѣе цилиндрическія и колбовидныя, уменьшаясь въ длинѣ по мѣрѣ удаленія отъ края язвы, въ днѣ язвы имѣютъ болѣе округлую форму. Клѣтки ихъ величиной и формой напоминаютъ клѣтки Мальпигіева слоя. Граница ихъ рѣзко очерчена отъ стромы. На периферіи онѣ окружены каймой цилиндрическихъ клѣтокъ. Въ мѣстахъ гдѣ онѣ отстали отъ стѣнокъ альвеолы, контуръ края ея совершенно ровный. Картины простаго раздвиганія стромы не видно. Эти эпителіальныя образованія различной величины. Тѣ изъ нихъ, которыя пошире, въ центрѣ своемъ имѣютъ полости, неправильно очерченныя, содержащія волоконца, плохо окрашивающіяся эозиномъ, а промежъ нихъ аморфный распадъ. Такъ какъ препаратъ обработывался сначала Флеммнинговой жидкостью, а потомъ спиртомъ, то, если бы это былъ жировой распадъ, онъ окрасился бы въ черный цвѣтъ, чего не было въ данномъ случаѣ.

Въ виду отсутствія измѣненій въ потовыхъ и сальныхъ железахъ невозможно предположить развитіе изъ нихъ указанныхъ образованій. Хотя по виду они и имѣли, въ особенности въ днѣ язвы, то расположеніе, которое авторы (англичане) называютъ железистой формой. Внѣдреніе эпителія не простирается въ мышечный слой, ему предшествуетъ грануляціонная инфильтрація. Замѣчательно отношеніе этихъ образованій къ артеріямъ. Въ этомъ случаѣ видно, какъ эпителіальное образованіе, помѣщающееся возлѣ утолщенной стѣнки артеріи, не даетъ ни одного отпрыска въ стѣнку—край альвеолы остается совершенно гладкимъ—отношеніе совсѣмъ противоположное, чѣмъ при ракѣ. Это тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, что нормальная структура стѣнки сильно пострадала отъ развитія соединительной ткани въ оболочкахъ наружной и средней, и сама артерія близка къ запустѣнію. Инфильтрація же запустѣвающей артеріи раковыми элементами дѣло неоспоримое и мнѣ самому пришлось наблюдать ее въ одномъ случаѣ рака, развившагося на тылѣ ручной кисти, что подтвердилъ, въ данномъ случаѣ, проф. Н. П. Ивановскій.

Какъ я уже упомянулъ сейчасъ, стѣнки артерій представлялись сильно утолщенными во всѣхъ оболочкахъ, мѣстами почти до полнаго уничтоженія просвѣта. За то въ нервныхъ стволикахъ я не могъ найти никакихъ измѣненій, не смотря на то, что они попадались мнѣ въ данномъ случаѣ довольно часто. Упомяну здѣсь о маленькой предосторожности въ сужденіи о состояніи нервовъ. Иногда попадаются на срѣзахъ такія мѣста, гдѣ нервъ разрѣзанъ не только поперечно, но и продольно, тутъ же рядомъ въ одной оболочкѣ. Мнѣ кажется, что это обусловливается тѣмъ, что здѣсь разрѣзъ прошелъ черезъ то мѣсто, гдѣ нервъ загибается подъ угломъ. Вотъ тогда-то и кажется: — въ одной части ясныя нервныя волокна, а рядомъ съ ними какъ бы усиленное развитіе соединительной ткани, уничтожившей нервныя волокна.

Epithelioma rodens palpebrarum oculi dextri.

(Случай 7-й).

Леонтій Байковъ, чиновникъ, 47 лѣтъ, урож. С.-Петербургской губ. Общее состояніе здоровья вполнѣ удовлетворительное. Начало заболѣванія больной относитъ болѣе десяти лѣтъ тому назадъ. Поступилъ въ клинику 14 Декабря 1879 года.

Все нижнее вѣко и часть верхняго занято язвой. Язва распространяется отъ внутренняго угла съ одной стороны на conjunctivam bulbi, съ другой на прилегающую боковую часть носа до надкрыльевъ. Движенія глазнаго яблока еще возможны, но ограничены. Края этой язвы возвышены, уплотнены. Уплотненіе занимаетъ всю толщу края, но по поверхности занимаетъ протяженіе около половины сантиметра. Воспалительныхъ измѣненій и узелковъ въ краѣ и сосѣдней кожѣ нѣтъ. Дно язвы плоское, покрытое мелко-зернистыми, но плотными по консистенціи и кровоточащими, при дотрогиваніи, разрощеніями. Лимфатическія железы сосѣднихъ областей нормальны. Язвъ на другихъ частяхъ тѣла, а равно рубцовъ не имѣется. Въ виду уплотненнаго края и плотныхъ зернистыхъ грануляцій, несвойственныхъ воспалительнымъ грануляціямъ, несомнѣнно, что имѣется дѣло съ новообразованіемъ эпителіальнымъ, которое обладаетъ очень медленнымъ теченіемъ, незна-

чительностью инфильтраціи краевъ, и не смотря на продолжительное существованіе, кромѣ мѣстныхъ разрушеній не дало нигдѣ метастаза въ лимфатическія железы. Очевидно, это не раковая язва, а ulcus rodens или epithelioma rodens.

Съ клинической стороны случай интересенъ тѣмъ, что черезъ нѣкоторое время появился рецидивъ. Этого больнаго я видѣлъ въ 1886 году съ громадной язвенной поверхностью, занявшею всю глазницу и распространившуюся внизъ на нижній орбитальный край верхней челюсти. Больной не соглашался на операцію, да она ему и не предлагалась. Больной приходилъ въ клинику показываться. Худощавый, но бодрый, онъ не представлялъ никакихъ признаковъ кахексіи. Лимфатическія железы по прежнему нормальны. По наведеннымъ мной справкамъ, смерть послѣдовала въ 1887 году отъ какого то остраго заболѣванія. Въ общемъ продолжительность этой язвы болѣе 20 лѣтъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. На меридіональныхъ разрѣзахъ, проведенныхъ черезъ край язвы перпендикулярно къ конъюнктивальной складкѣ, при маломъ увеличеніи видно хорошо распространеніе язвеннаго новообразованія. Разрушеніе вѣкъ, дефектъ, не доходитъ до складки conjunctivae (т. е. перехода съ вѣка на bulbus), хотя почти вездѣ такъ называемый хрящъ вѣкъ (tarsus—собственно плотная фиброзная пластинка) разрушенъ, тѣмъ не менѣе на нѣкоторыхъ препаратахъ попадаются еще Мейбоміевы железы. Въ разростаніи атипическомъ эпителія принимаетъ участіе только Мальпигіевъ слой и нижній слой conjunctivae. Они посылаютъ на краѣ язвы болѣе или менѣе толстые отростки, потомъ дѣлящіеся на два, извилисто расположенные или же оканчивающіеся булавовиднымъ вздутіемъ. Чѣмъ дальше отъ края, тѣмъ внѣдреніе ихъ не такъ глубоко. Всюду подъ ними видно сильное пропитываніе стромы размножающимися соединительно-тканными клѣтками, мѣстами. на вершинахъ отпрысковъ, образующими скопленія изъ однихъ грануляціонныхъ клѣтокъ. Железистыя образованія не принимаютъ никакого участія въ образованіи атипическаго разростанія эпителія. Самые верхніе слои дна язвы состоятъ изъ грануляціонной ткани. съ эмбріональными сосудами. въ стромѣ которыхъ заложены эпителіальныя образованія. Въ самомъ днѣ, ближе

къ поверхности, они имѣютъ болѣе или менѣе округлую форму и рѣзко очерчены отъ окружающей ткани; въ болѣе нижнихъ слояхъ дна они становятся менѣе широкими, съ отростками, по формѣ напоминающіе тѣ образованія, которыя у Корниля и Ранвье представлены на рисункѣ для обозначенія тубулярной разновидности эпителіомы [1]), только у насъ они уже, но съ рѣзко очерченными границами, какъ и въ прошлыхъ случаяхъ. Грануляціонная инфильтрація продолжается гораздо глубже эпителіальныхъ образованій, но за то ткань становится здѣсь уже болѣе волокнистой. Замѣчательно въ этомъ случаѣ то, что даже сравнительно небольшія эпителіальныя скопленія въ центральныхъ своихъ частяхъ имѣютъ полости, наполненныя аморфнымъ, частью волокнистымъ содержимымъ—очевидно дѣло идетъ о слизистомъ перерожденіи. Характеръ клѣтокъ болѣе молодой, чѣмъ въ эпителіальныхъ отпрыскахъ (нѣтъ ясно выраженной зубчатости). И здѣсь поражаетъ тотъ фактъ, что принявъ во вниманіе продолжительность роста новообразованія, слѣдовало бы имѣть большія количества массы его. А между тѣмъ толщина слоя, занятаго новообразованіемъ, не болѣе $1^1/_2$ миллиметра. Куда же дѣваются эти отложенія эпителіальныхъ образованій? Очевидно, что если бы они не уничтожались изъязвленіемъ (некротизаціей) и не выводились, быть можетъ, разростающимися грануляціями, мы бы имѣли настоящую „опухоль“, а не язву съ утолщенными краями и дномъ. Даже хроническій воспалительный процессъ, не сопровождающійся изъязвленіемъ— и тотъ далъ бы большую массу новообразованія фиброзной ткани, чѣмъ въ данномъ случаѣ дало атипическое разростаніе эпителія. Вспомнимъ, напримѣръ, утолщеніе эпифизовъ при обезображивающемъ артритѣ и проч. Не безъ пользы для организма и на руку грануляціонному процессу вѣроятно идетъ рядомъ и слизистое перерожденіе центральныхъ клѣтокъ эпителіальныхъ скопленій, что наблюдается не только въ этомъ случаѣ, но и въ другихъ.

Выше была рѣчь о томъ, что первичнѣе—разростаніе ли эпителія, или скопленіе грануляціонныхъ элементовъ у вершинъ отпрысковъ? Трудно рѣшить; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ и въ

1) Корниль и Ранвье loco cit., стр. 330. Русск. перев.

*

данномъ попадаются скопленія клѣтокъ тамъ, гдѣ еще не видно и начала разростанія эпителія въ видѣ отпрысковъ.

Но если допустить такую подготовительную роль грануляціонныхъ элементовъ, если позволите такъ выразиться, размягченіемъ стромы путемъ уничтоженія ея волокнистости и замѣной фиброзныхъ волоконъ грануляціонными элементами, то отчего же не замѣчается размноженіе клѣтокъ въ железистыхъ образованіяхъ, напр. разростанія эпителія потовыхъ железъ, а напротивъ, въ нихъ скорѣе замѣчается дегенеративный процессъ? Отвѣтить пока на это съ положительностью трудно—а за частую можно встрѣтить, что онѣ лежатъ среди сильно гранулированной стромы, о чемъ и была рѣчь раньше [1]).

Относительно сосудовъ здѣсь можно сказать то же, что и въ другихъ случаяхъ: утолщеніе всѣхъ оболочекъ—endoarteritis et periarteritis—весьма рѣзко выражено. То же отношеніе разростающихся эпителіальныхъ внѣдреній къ сосудамъ папиллярнаго слоя, на которое я указывалъ раньше, можно прослѣдить и здѣсь.

Что касается нервовъ, то попадавшіеся разрѣзы очень мелкихъ стволиковъ не представляли ничего ненормальнаго.

Клиническій интересъ этого случая заключается въ обширности пораженія, какого въ концѣ концовъ достигло (въ 1887 году) язвенное новообразованіе, въ длительности теченія, около 20 лѣтъ, и въ то же время полное отсутствіе пораженія железъ и какихъ бы то ни было намековъ на кахексію, столь свойственную ракамъ. Микроскопическое изслѣдованіе же кожи показало, что въ каждый моментъ идетъ процессъ новообразованія съ некротизаціей его, такъ что на долю новообразованія приходится весьма незначительный перевѣсъ.

Въ параллель къ этому случаю я приведу еще одинъ случай, полный клиническаго интереса, гдѣ, не смотря на длительность и значительную обширность язвеннаго процесса, все таки не послѣдовало метастаза въ лимфатическія железы, не говоря о внутреннихъ органахъ, гдѣ язвенный процессъ совсѣмъ не отразился на общемъ состояніи здоровья.

---

[1]) Вѣроятно это обусловливается существованіемъ просвѣта, куда сваливаются клѣтки; а второе—въ дегенеративныхъ измѣненіяхъ клѣтокъ потовыхъ железъ, вслѣдствіе прекращенія функцій (закупорки выводнаго протока).

Epithelioma rodens faciei.

(Случай 8-й).

Ефросинья Безберъ, с.-петербургская мѣщанка, 64 лѣтъ отъ роду, живетъ въ богадѣльнѣ. 5-го марта 1888 года поступила въ Маріинскую больницу.

Больная небольшаго роста, средняго сложенія, подвижная и бодрая; цвѣтъ лица слегка румяный; подкожный жировой слой умѣренный. Органы дыханія и кровообращенія нормальны. Печень и селезенка не представляютъ уклоненій отъ нормы. Сифилисомъ не болѣла и всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. У больной пять человѣкъ здоровыхъ дѣтей, при чемъ ни у одного нѣтъ какого либо аналогичнаго заболѣванія, а равно не помнитъ, чтобы родные ея страдали какой либо опухолью. Начало своего заболѣванія считаетъ болѣе 10 лѣтъ; ранѣе этого времени, ниже лѣваго внутренняго угла у больной было пятнышко безболѣзненное, слегка возвышающееся надъ кожей, которое нечаянно она расцарапала, вслѣдствіе чего образовалась язвочка. Такъ какъ язва хотя медленно, но все таки увеличивалась и не обнаруживала наклонности къ заживленію, то это и заставило больную обратиться за врачебною помощью и, годъ спустя отъ начала появленія язвочки, въ Общинѣ Св. Георгія ей сдѣлано было выскабливаніе. Язва стала рубцеваться мѣстами съ краевъ, но полнаго заживленія не произошло и послѣдовательное изъязвленіе уничтожило появившееся рубцеваніе. Было сдѣлано еще три раза выскабливаніе, но безъ успѣха, какъ и въ первый разъ. Послѣднее выскабливаніе произведено было 4 года назадъ.

Въ настоящее время язвенный дефектъ занимаетъ лѣвую сторону носа и переносицы, далѣе верхній край язвы идетъ по направленію лѣвой брови включительно, уничтожилъ вѣки и переднюю часть глазнаго яблока и простирается внизъ, занимая прилежащую часть щеки до уровня лѣваго крыла носа. Въ общемъ изъязвленіе имѣетъ неправильно округлую форму, съ неровнымъ краемъ. Дно язвы слѣдуетъ за тѣми неправильностями поверхности, которыя имѣются и въ нормальномъ состояніи въ означенныхъ областяхъ. Разрушенія костной и хря-

щевой части, занимаемой дномъ, стороны носа не произошло, такъ что здѣсь уничтожены только мягкія части во всю толщу. Часть дна язвы у нижняго края можетъ быть даже слегка смѣщаема (соотвѣтственно fossa canina sin.) Но на верхнеглазничномъ и нижнеглазничномъ краяхъ дно язвы не сдвигается, слѣдовательно разрушеніе здѣсь до кости. Съ цѣлію опредѣлить состояніе подлежащей кости я втыкалъ иглу соотвѣтственно нижнеглазничному краю верхней челюсти. Игла углубляется менѣе, чѣмъ на полсантиметра и упирается въ кость нормальной плотности, что меня поразило, такъ какъ при такомъ обширномъ распространеніи по поверхности я ожидалъ встрѣтить значительное разрушеніе и костнаго остова. Слѣдовательно толщина новообразованія въ днѣ—менѣе полусантиметра. Само дно язвы покрыто мелко-зернистыми разрощеніями, плотными, но безъ рытвинъ и трещинъ до глубокихъ частей. При прикосновеніи пальцемъ—незначительная кровоточивость, немногимъ развѣ болѣе, какъ это бываетъ обыкновенно при оцарапываніи гранулирующей поверхности.

Край язвы рѣзко обрѣзанъ и слегка возвышенъ надъ дномъ. При ощупываніи онъ имѣетъ плотную консистенцію, уплотненъ инфильтраціей; уплотнѣніе занимаетъ не болѣе трехъ миллиметровъ протяженія по поверхности отъ края язвы. Кожа на немъ не представляетъ признаковъ воспалительной реакціи, ни затвердѣнія, ни узелковъ съ покраснѣвшей и шелушащейся покрышкой. При болѣе внимательномъ разсмотрѣніи не замѣтно расширенія выводныхъ отверстій сальныхъ железъ, какъ и въ остальной кожѣ лица. За уплотнѣлымъ краемъ слѣдуетъ вполнѣ нормальная сосѣдняя ткань. Нигдѣ незамѣтно, ни въ краяхъ, ни въ центрѣ язвы признаковъ рубцеванія.

Лимфатическія железы сосѣднихъ областей ни на соотвѣтственной сторонѣ, ни въ другихъ областяхъ тѣла не поражены, не смотря на болѣе, чѣмъ 10-лѣтнее существованіе язвы.

Является вопросъ, имѣемъ ли мы передъ собой обыкновенную язву или изъязвляющееся новообразованіе? Всѣ признаки указываютъ на послѣднее. Инфильтрація краевъ безъ признаковъ воспаленія говоритъ противъ воспалительнаго происхожденія этого уплотненія. Плотность зернистыхъ разрощеній дна язвы несвойственна воспалительнымъ грануляціямъ, по конси-

стенціи своей болѣе мягкихъ, говоритъ не за воспалительный, а за новообразовательный процессъ не только въ краѣ язвы, но и въ его днѣ. Слѣдовательно мы имѣемъ дѣло съ изъязвляющимся новообразованіемъ, распространяющимся какъ въ глубину, такъ еще болѣе въ ширину по поверхности. Къ типу какой же ткани принадлежитъ новообразованіе? Изъ новообразованій, развивающихся на почвѣ соединительной ткани, исключаются всѣ, за исключеніемъ грануломъ сифилитической и люпозной. Свойство краевъ и дна—плотная зернистость разрощеній его, отсутствіе первичнаго заболѣванія, а равно измѣненій на кожѣ, въ железахъ и на костяхъ, продолжительность теченія—годами, говорятъ противъ сифилитическаго язвеннаго процесса. Противъ люпознаго изъязвленія говоритъ начало заболѣванія въ позднемъ возрастѣ (тогда больной было за 50 лѣтъ); отсутствіе воспалительныхъ явленій въ краѣ язвы, узелковыхъ отложеній, серпигинозности распространенія (центральнаго или краеваго рубцеванія съ продолжающимся изъязвленіемъ на периферіи, вслѣдствіе отложенія узелковъ въ краѣ или рубцѣ) говоритъ противъ люпознаго изъязвленія или Lupus exedens. Слѣдовательно, необходимо допуститъ новообразованіе на счетъ эпителіальныхъ образованій въ кожѣ въ видѣ атипическаго ихъ разростанія или кожнаго рака, или того эпителіальнаго образованія, которое извѣстно подъ именемъ ulcus rodens, или epithelioma rodens. Ракамъ, а въ томъ числѣ и кожнымъ, какъ злокачественнымъ новообразованіямъ—свойственна инфильтрація здоровыхъ тканей болѣе (cancroid) или менѣе (скирръ Billroth'а) выраженная и пораженіе железъ, какъ двѣ неотъемлемыя ихъ принадлежности. Канкроиду свойственна значительная инфильтрація края его изъязвленія не менѣе полудюйма, а всегда болѣе. Слѣдовательно онъ исключается. Скирръ, дающій такую же незначительную инфильтрацію—исключается на основаніи отсутствія пораженія железъ, что и указываетъ на его раковое свойство. Время въ 10 лѣтъ совершенно достаточно для проявленія пораженія железъ; является возможность допущенія только того новообразованія, которое, представляя атипическое разростаніе эпителія, не даетъ пораженія железъ не только въ 10-лѣтній, но и въ 20-лѣтній періодъ времени, какъ въ прошломъ случаѣ. Такъ какъ больная не соглашалась на опе-

рацію, то я могъ взять только маленькій кусочекъ изъ края, именно тамъ, гдѣ были еще на лицо всѣ элементы кожи—именно на бровномъ краѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что новообразованіе совершается на счетъ разростанія эпителія Мальпигіева слоя, отчасти же изъ наружнаго влагалища волосянаго мѣшка въ той части, которая близка къ переходу въ Мальпигіевъ слой наружной кожицы.

Эпителіальные отпрыски различной толщины и формы (цилиндры, колбы) или прямо внѣдрялись, или посылали вторичные отростки, иногда анастомозирующіе между собой. Характеръ клѣтокъ и ихъ расположенія въ отпрыскѣ—какъ и въ предъидущихъ случаяхъ. Граница ихъ рѣзко контурирована и отграничена отъ стромы. Строма по мѣрѣ приближенія къ краямъ становится все сильнѣе и сильнѣе усѣянной размножающимися молодыми клѣтками соединительной ткани. Въ незначительной части прилегающаго дна можно было видѣть эпителіальныя скопленія съ рѣзкими границами, заложенныя среди сильно гранулированной стромы. Части стромы, ближайшія къ поверхности дна, и въ этомъ случаѣ, какъ и въ прежнихъ, состояли изъ настоящей грануляціонной ткани.

Что касается артерій, то стѣнки ихъ представляли такое же утолщеніе, какъ и во всѣхъ описанныхъ раньше случаяхъ. Особенно хорошо видно было отношеніе капилляровъ папиллярнаго слоя cutis къ отпрыскамъ мальпигіева слоя въ вышеуказанномъ смыслѣ, т. е. что почти во всѣхъ пространствахъ, не занятыхъ разростаніемъ отпрысковъ, на послѣдовательныхъ препаратахъ можно было констатировать присутствіе сосочковаго сосуда.

Измѣненій въ нервахъ нельзя было подмѣтить.

Къ сожалѣнію изслѣдовать дно язвы и подлежащихъ слоевъ, въ особенности отношенія къ кости, было нельзя: а равно выяснить относительное развитіе массы новообразованія и отношенія его къ стромѣ, съ точки зрѣнія преобладанія той или другой.

Судя по тому, что на периферіи язвы эпителіальныя образованія занимаютъ незначительную часть стромы, а во вторыхъ, принимая во вниманіе, что изслѣдованіе иглой дна показало.

что вся толща тканей, занятыхъ новообразованіемъ, менѣе полусантиметра, а равно на основаніи микроскопическаго изслѣдованія предшествовавшихъ случаевъ, необходимо допустить, что и въ слояхъ дна язвы строма превалируетъ надъ массой новообразованія эпителіальнаго. Если даже считать, что все новообразованіе было выскоблено въ послѣдній разъ, т. е. 4 года назадъ, все таки необходимо допустить, что если бы вся эта масса эпителіальнаго новообразованія за этотъ періодъ времени оставалась на мѣстѣ, долженъ былъ бы получиться болѣе значительный слой. Слѣдовательно и въ этомъ случаѣ часть новообразованія удалялась процессомъ, на вѣроятность котораго мы указали при разборѣ прежнихъ случаевъ.

Если бы новообразованіе само же не разрушалось, или, быть можетъ, прямо не выбрасывалось, то въ случаѣ сейчасъ описанной эпителіомы oculi sinistri, съ теченіемъ около 20 лѣтъ, долженъ былъ бы получиться въ полномъ смыслѣ громадный наростъ.

Въ изученіи природы всякаго новообразованія не только интереснымъ, но и необходимымъ является изученіе его въ самыя первыя стадіи развитія. Можно навѣрное сказать, что если бы намъ удалось изучить развитіе новообразованія въ самый моментъ его образованія, то натура его выяснилась бы гораздо скорѣе, чѣмъ въ ряду изслѣдованій того же новообразованія въ развитомъ вполнѣ состояніи. Изучая извѣстное новообразованіе въ весьма многихъ случаяхъ, но въ періодѣ его полнаго развитія, когда оно достигло такой величины, что и по макроскопическимъ признакамъ, составляющимъ основу клинической діагностики, можно опредѣлить извѣстный видъ новообразованія, мы очень мало подвигаемся къ разрѣшенію источника его развитія. Мы можемъ изучить законы развитія новообразованія, способъ разростанія, отношеніе его къ здоровымъ тканямъ, превращенія, какимъ можетъ оно подвергаться или въ незначительныхъ частяхъ его, или во всей массѣ, опредѣлить значеніе его для организма, въ тканяхъ котораго оно развивается и проч. Но изъ чего развилось оно въ самый первый моментъ—мы можемъ только догадываться. Этимъ и объясняется все разногласіе изслѣдователей по этому вопросу. Мы изу-

чаемъ законы матеріи, но откуда она взялась — для насъ вопросъ неразрѣшимый. Этимъ я хочу только пояснить вышесказанную мысль, а никакъ не представить полную невозможность рѣшенія вопроса объ источникѣ развитія новообразованій.

Вотъ почему всѣ изслѣдователи направляютъ свои изысканія по возможности къ первымъ стадіямъ появленія новообразованія. Пріемъ вполнѣ законный и желательный. Сколько бы мы ни изучали животный организмъ въ его развитомъ состояніи, мы бы не постигли знанія его природы, если бы не изучали его въ болѣе ранній періодъ, въ періодъ зародышеваго состоянія. Заслуги эмбріологіи въ этомъ отношеніи внѣ всякаго сомнѣнія. Весьма понятно поэтому, что авторы, спеціально занимавшіеся изученіемъ ulcus rodens, желали изслѣдовать такіе экземпляры, гдѣ бы это язвенное новообразованіе являлось только въ начальныхъ формахъ своего проявленія (Warren и друг.).

Но несомнѣнно также и то, что чѣмъ болѣе молодой экземпляръ мы имѣемъ передъ глазами, тѣмъ менѣе онъ имѣетъ столько отличительныхъ свойствъ, по которымъ бы мы сказали: это именно начало того новообразованія, которое въ извѣстный возрастъ будетъ именно имѣть уже изученную, опредѣленную картину. Отличать маленькій фиброзный узелъ отъ начинающейся веретенообразной саркомы гораздо труднѣе, чѣмъ въ старшемъ возрастѣ, и т. д. [1]). Словомъ клиническая діагностика становится менѣе вѣроятной, хотя и довольно приблизительной.

Я приведу здѣсь изслѣдованіе двухъ случаевъ проявленія ulcus rodens въ начальной (въ клиническомъ смыслѣ) стадіи ихъ развитія, гдѣ мы, руководствуясь вышеприведеннымъ пріемомъ діагностики, могли заключить, что мы именно имѣемъ передъ собой не что либо другое, а именно разъѣдающую эпителіому.

---

[1]) Правда мы руководствуемся, между прочимъ, временемъ, за которое новообразованіе достигло извѣстной величины, но и тутъ есть свои предѣлы. Еще труднѣе будетъ діагносцировать начинающійся раковый узелъ отъ клѣточковой саркомы и т. д.

Epithelioma rodens glandis penis.

(Случай 9-й).

Федоръ Старковъ, 62 лѣтъ, урож. Смоленской губ. Поступилъ въ Маріинскую больницу 21 Іюля 1887 года (Пріемн. Журн. № 2948).

Больной средняго сложенія и питанія. Сифилисомъ, по словамъ больнаго, не болѣлъ, сыпей на тѣлѣ и язвъ, въ томъ числѣ и на penis'ѣ—не имѣлъ. При осмотрѣ нигдѣ не найдено рубцовъ и язвъ. Періостальныхъ утолщеній на костяхъ нѣтъ. Лимфатическія железы различныхъ областей нормальной величины и консистенціи. На glans penis, его тыльной (верхней) сторонѣ имѣется небольшая язвочка, величиной въ серебряный гривенникъ, округлой формы. Язва отдѣляетъ незначительное количество серозно-гнойной жидкости. Дно язвы, углубленное на подобіе мелкаго блюдца, покрыто плотными мелко-зернистыми грануляціями; глубокихъ трещинъ нѣтъ. Край язвы слегка приподнятъ и не рѣзко обрѣзанъ, а при ощупываніи плотенъ. Уплотненіе краевъ язвы небольшое, занимаетъ по поверхности протяженіе не болѣе 3-хъ миллиметровъ и безъ особенно рѣзкой границы переходитъ въ здоровыя ткани. Края не воспалены и не бугристы. При захватываніи glandis penis двумя пальцами по краямъ язвы, съ цѣлью опредѣлить глубину затвердѣнія, оказалось, что въ днѣ есть уплотненіе, но очень незначительное. Язва безболѣзненна; паховыя железы нормальной величины и плотности. Изъязвленіе началось 3 года назадъ и язва, хотя увеличивалась медленно, но не зарубцовывалась. Раньше этого у него было подобное же изъязвленіе незначительное in praeputio, но было вырѣзано и на томъ же мѣстѣ не возвращалось; на мѣстѣ его теперь незначительный линейный рубецъ. Ампутація penis, отступя на нѣкоторое разстояніе отъ язвы, 7 Августа. Больной выписался здоровымъ 21 Сентября.

Клинически я разсматриваю этотъ случай, какъ раннюю стадію ulcus rodens или epithelioma rodens. Я не знаю другой клинической формы язвеннаго новообразованія, къ которой можно было бы причислить данное заболѣваніе. Что мы имѣемъ здѣсь

новообразованіе, это безспорно показываетъ уплотненіе, хотя и незначительное, дна и края. И свойства грануляцій не воспалительныя, что видно изъ ихъ плотности. Отсутствіе всякихъ воспалительныхъ явленій въ краѣ говоритъ противъ воспалительнаго уплотненія. Сифилитическое изъязвленіе исключается на основаніи анамнеза и отсутствія обыкновенныхъ признаковъ измѣненія въ покровахъ, въ железахъ и въ костяхъ, а также на основаніи свойствъ самой язвы и продолжительности теченія. Наконецъ, еслибы у больнаго и былъ когда либо сифилисъ, то это вовсе не исключаетъ возможности развитія какого либо новообразованія эпителіальнаго (Kaposi [1]). О lupus exedens и говорить нечего. Всякое другое новообразованіе на почвѣ соединительной ткани исключается, такъ какъ мы не имѣемъ никакого узла. Изъ новообразованій, представляющихъ атипическое разростаніе эпителія, раковое изъязвленіе не имѣетъ мѣста вслѣдствіе незначительности инфильтраціи и отсутствія пораженія железъ. Остается только то язвенное эпителіальное новообразованіе, которое извѣстно подъ именемъ epithelioma rodens.

На разрѣзѣ черезъ дно и края язвы видно, что новообразованіе занимаетъ слой не болѣе $2^1/_2$ миллиметровъ въ толщину и рѣзко отграничивается отъ окружающей ткани.

Микроскопическое изслѣдованіе. На срѣзахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ съ эозиномъ, при небольшомъ увеличеніи (Hartnack, oc. 3, ob. 4) видно, что новообразованіе есть результатъ атипическаго разростанія эпителія, давшаго слѣдующую картину. Разсматривая край язвы на самомъ отдаленномъ мѣстѣ отъ дна язвы, замѣчаемъ: сосочки и покрывающій ихъ Мальпигіевъ слой нормальны, разрощеній нѣтъ, но подъ нимъ мелкоклѣточковая инфильтрація папиллярнаго слоя стромы, но не густая. Подвигаясь далѣе къ краю, замѣтны сначала одинъ, а затѣмъ другой отпрыскъ изъ Мальпигіева слоя; въ основаніи оба они болѣе узкіе, а затѣмъ, слегка расширяясь и оставляя между собой гнѣздо стромы, на нѣкоторомъ разстояніи сливаются, образуя скопленіе, лежащее параллельно направленію наружной кожицы. Здѣсь же замѣчается густая соединительно-тканно-

[1]) Kaposi M. Патологія и терапія сифилиса, русск. перев., стр. 196, 1882 г.

клѣточковая инфильтрація въ подлежащей и прилежащей соединительной ткани. Еще далѣе къ этому, болѣе глубокому эпителіальному скопленію, подходятъ слѣдующіе отпрыски, но болѣе тонкіе. Далѣе, слѣдующіе отпрыски Мальпигіева слоя менѣе глубоко внѣдряются; за ними слѣдуетъ общая полоса клѣточной инфильтраціи стромы. Еще далѣе—болѣе широкій, но не глубоко вростающій отпрыскъ; здѣсь же, на такомъ же приблизительно разстояніи въ ширину, идетъ и болѣе густая инфильтрація стромы. Затѣмъ слѣдуютъ незначительные мелкіе отпрыски въ видѣ языковъ, почти не уклоняющіеся отъ нормы; здѣсь и клѣточная инфильтрація не такъ густа. На незначительномъ разстояніи отъ дна слѣдуетъ цѣлый рядъ все глубже и глубже вдающихся отпрысковъ въ видѣ языковъ, цилиндровъ, несущихъ на себѣ меньшіе отпрыски эпителія, и всюду за ними слѣдуетъ клѣточковая (грануляціонная) инфильтрація подлежащей стромы; промежутки между ними то узкіе, то болѣе широкіе, иногда же очень узенькіе и упирающіеся въ Мальпигіевъ слой между отпрысками. Эти промежутки инфильтрированы менѣе молодыми круглыми соединительно-тканными элементами. Въ этихъ то промежуткахъ довольно часто попадаются капиллярные сосуды или во всю длину, или на разстояніи (отрѣзки). Почти на мѣстѣ перехода края въ дно, подъ этими отпрысками Мальпигіева слоя находятся небольшіе островки, состоящіе изъ эпителіальныхъ клѣтокъ различныхъ формъ, но по периферіи съ каймой изъ цилиндрическаго эпителія.

Ненормально удлиненныя сосочки соединительной ткани, идущіе между отпрысками эпителія на краѣ дна, непосредственно выходятъ на поверхность его и чрезвычайно густо гранулированы. Въ самомъ днѣ такихъ длинныхъ отпрысковъ уже нѣтъ,—остались отъ нихъ только нижнія части ихъ, за то здѣсь-то болѣе всего уже эпителіальныхъ скопленій въ видѣ отдѣльныхъ круговъ, оваловъ или скопленій болѣе полигональной формы. Весьма не трудно представить себѣ, откуда они произошли. Выше мы замѣтили, что отпрыски Мальпигіева слоя даютъ боковые отпрыски. Слѣдовательно это тѣ же самые отпрыски, но идущіе перпендикулярно плоскости срѣза; слѣдовательно они сами-то перерѣзаны въ поперечномъ направленіи, отчего и получились вышеуказанныя формы скопленій то округ-

лыхъ, то овальныхъ, то болѣе неправильныхъ съ углами. Это особенно ясно, разсматривая ихъ еще въ краѣ язвы подъ вышеописанными отростками. Поэтому и тѣ неправильной формы эпителіальныя скопленія, которыя попадаются преимущественно въ центрѣ дна язвы, очевидно такого же происхожденія. Но такъ какъ центръ язвы вмѣстѣ съ тѣмъ и самое старое мѣсто—то очевидно, что отростки, прежде бывшіе, успѣли уже вывестись наружу процессомъ изъязвленія. Замѣчательно, что вся толща дна, занятаго новообразованіемъ, незначительно толще той части края, который непосредственно прилегаетъ ко дну, и именно той части, гдѣ ясно видны глубоко вдающіеся отпрыски Мальпигіева слоя, но въ основаніи своемъ совершенно еще не потерявшіе съ нимъ связи. А вѣдь очевидно, что таковъ же начальный процессъ былъ и въ самомъ старомъ мѣстѣ, въ центрѣ язвы, т. е. и здѣсь раньше были эти глубокіе отпрыски. Если принять во вниманіе, что углубленіе весьма небольшое, то очевидно, что они выброшены наружу, а эпителіальныя скопленія, лежавшія глубже—придвинуты къ уровню дна.

Идя далѣе, все ближе къ центру язвы и передвигаясь далѣе на другую сторону, мы видимъ, что за слоемъ эпителіальныхъ островковъ слѣдуютъ болѣе глубоко лежащіе острова, а выше ихъ уже и отпрыски эпителія въ видѣ языка, а приближаясь еще ближе къ противоположному краю язвы—мы находимъ, что вышележащіе языки имѣютъ вверху, т. е. у поверхности дна язвы, связь между собою и становятся длиннѣе, а ниже ихъ начинаютъ исчезать вышеописанныя эпителіальные скопленія въ видѣ островковъ. Очевидно, что это только подтверждаетъ вышесказанную мысль о выбрасываніи наружу эпителіальныхъ отпрысковъ и о выдвиганіи островковъ изъ болѣе глубокихъ слоевъ дна къ поверхности его.

У самаго противоположнаго края еще замѣтны отпрыски въ видѣ языковъ, но они разъединены между собою стромой, выходящей на поверхность дна язвы, а затѣмъ слѣдуетъ та же картина, которая была описана вначалѣ, когда мы описывали отпрыски въ краѣ язвы, т. е. и противоплоожный край состоитъ изъ длинныхъ отростковъ, идущихъ почти до глубины самыхъ нижнихъ слоевъ, занятыхъ новообразованіемъ. Удаляясь отъ края, сосочки и отпрыски уменьшаются и перехо-

дятъ постепенно въ нормальную кожу. Выше я замѣтилъ, что эти эпителіальные отпрыски на своей вершинѣ, т. е. впереди себя по направленію роста, или глубже себя, имѣютъ клѣточную инфильтрацію соединительно-тканной стромы, которая тѣмъ гуще, чѣмъ глубже вдается отпрыскъ, а равно въ нѣ, глубже вышеописанныхъ эпителіальныхъ островковъ и между ними. Въ противоположномъ краѣ тоже самое. Но эта клѣточная инфильтрація папиллярнаго слоя продолжается гораздо дальше въ краяхъ, т. е. далѣе, чѣмъ замѣтно начинающееся разростаніе эпителіальныхъ отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя наружной кожицы, но она только не такъ густа. Вышеописанная картина есть точная фотографія на словахъ одного препарата, идя отъ здоровыхъ частей одного края черезъ него, черезъ дно и противоположный край, переходящій въ здоровыя ткани.

Если бы я описалъ цѣлый рядъ срѣзовъ, картина въ общихъ чертахъ получилась бы та же самая, развѣ только разница въ не многихъ деталяхъ. Такъ напр., на одномъ изъ препаратовъ видно, что довольно далеко за границей начинающагося разростанія отпрысковъ отъ Мальпигіева слоя, гдѣ сосочки совсѣмъ не рѣзко выражены, гдѣ пограничная линія Мальпигіева слоя выражена самой легкой волнистостью, видна бываетъ по мѣстамъ очень густая инфильтрація подлежащей соединительно-тканной стромы; то же замѣчается и на другихъ препаратахъ. Видя въ то же самое время, что болѣе частая инфильтрація подлежащей стромы вездѣ соотвѣтствуетъ вершинѣ отпрысковъ эпителія—невольно навязывается мысль, что вѣроятно здѣсь началось бы разростаніе эпителія въ видѣ отпрыска. Другими словами, что образованію первоначальному отпрыска изъ Мальпигіева слоя непремѣнно предшествуетъ усиленное размноженіе соединительно-тканныхъ клѣтокъ въ этомъ же мѣстѣ, т. е. здѣсь какъ будто подготовляется сначала почва для вростанія, а затѣмъ уже слѣдуетъ и само разростаніе эпителія въ видѣ отпрысковъ.

При болѣе значительномъ увеличеніи (ос. 3, ob. 7 и 8) видно, что результатомъ этой густой клѣточной инфильтраціи является то, что строма, состоящая изъ густо переплетающихся волоконъ, плотно прилегающихъ другъ къ другу, теряетъ эту волокнистость, а слѣдовательно и плотность, замѣняется тканью

съ преобладаніемъ круглыхъ соединительно-тканныхъ клѣточныхъ элементовъ и съ постепеннымъ исчезаніемъ фиброзныхъ волоконъ. Очевидно, что послѣдняя ткань болѣе рыхла, а потому и обладаетъ меньшею способностью сопротивленія внѣдрѣнію отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя. Опять таки повторяю, что на такую мысль наводитъ естественно рождающееся сопоставленіе вышеуказанныхъ фактовъ. Такъ ли на самомъ дѣлѣ, сказать трудно—другихъ доказательствъ нѣтъ; но тогда вообще придется отказываться отъ всякихъ выводовъ.

Въ самомъ днѣ эта клѣточковая инфильтрація выражена весьма рѣзкимъ образомъ и между эпителіальными скопленіями проникаетъ до поверхности дна. Въ тѣхъ мѣстахъ въ краѣ, гдѣ, какъ я сказалъ раньше, сосочки не обнажены еще отъ эпителія наружной кожицы, тамъ клѣточная инфильтрація менѣе выражена. На нѣкоторомъ разстояніи подъ дномъ язвы въ глубинѣ, гдѣ постепенно опять уменьшается клѣточковая инфильтрація, замѣтно даже какъ бы уплотненіе подлежащей соединительной ткани.

Что касается эпителіальныхъ отпрысковъ и эпителіальныхъ скопленій, то границы ихъ рѣзко очерчены отъ прилежащей соединительной ткани. Внутри ихъ клѣтки болѣе или менѣе удлиненной формы или полигональной и по периферіи слой цилиндрическаго эпителія, при чемъ конецъ, обращенный внутрь скопленія, иногда имѣетъ и болѣе съуженную форму, такъ что линія внутренняя зубчата или волниста (частоколъ). Величина клѣтокъ—какъ и въ Мальпигіевомъ слоѣ. Иногда граница была не менѣе ясна, какъ и обыкновенно въ нормальномъ состояніи, между наружной кожицей и сосочкомъ.

Весьма рѣдко въ данномъ случаѣ можно было встрѣтить образованіе маленькихъ эпидермоидальныхъ шаровъ, а иногда въ центрѣ эпителіальнаго скопленія скученность клѣтокъ въ видѣ гнѣзда. Но послѣднее еще рѣже. Очевидно, что это первая стадія образованія эпидермоидальнаго шара. Присутствіе этихъ шаровъ не имѣетъ конечно особеннаго значенія, тѣмъ болѣе, что ихъ можно встрѣтить и въ эпидермисѣ нормальной кожи [1]). Оставаясь вѣрнымъ фотографированію этого случая, я упомяну о томъ, что въ одномъ мѣстѣ края язвы, на отпрыскѣ

[1]) Вернейль нашелъ globes epidermiques также въ смегмѣ praeputii новорожденныхъ, а также и въ gl. thymus. Bullet. d. la Société Anatomique de Paris. 1857 г. 2 serie t. II, p. 10.

съ очень широкимъ основаніемъ, посылающимъ отъ себя вторичные отпрыски, можно было видѣть значительное наслоеніе рогового слоя, выдающагося въ видѣ зубца.

Что касается стѣнокъ сосудовъ, то онѣ утолщены главнымъ образомъ на счетъ intima и adventitia; въ первой—разростаніе эндотелія въ видѣ сосочковъ, во второй—развитіе волокнистой соединительной ткани, хотя и media представлялась утолщенной. Стѣнки кавернозныхъ полостей тоже утолщены на счетъ разростанія окружающей соединительной ткани. Такое развитіе замѣчалось даже возлѣ капилляровъ.

Нервные стволики на поперечныхъ разрѣзахъ представляли значительное развитіе волокнистой ткани въ наружномъ своемъ влагалищѣ, а равно и между нервными волокнами. Ближе къ району язвы замѣчается увеличенное количество клѣтокъ соединительно-тканныхъ, какъ въ наружномъ влагалищѣ, такъ и въ пучкахъ, идущихъ между отдѣльными волокнами. Этимъ интерстиціальнымъ процессомъ въ нервахъ вѣроятно и объясняется безболѣзненность язвы.

Отмѣчу еще одно обстоятельство. Тамъ гдѣ Мальпигіевъ слой на препаратѣ отсталъ отъ соединительно-тканной основы сосочковаго слоя, далеко отъ края язвы, гдѣ не было разрощенія его въ видѣ отпрысковъ, но въ предѣлахъ увеличенія молодыхъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ, замѣчалась какая-то блестящая зернистость, точечная, совсѣмъ почти неокрашивающаяся эозиномъ.

Я подробнѣе остановился на описаніи микроскопической картины, потому что здѣсь явленія атипическаго разростанія эпителія выражены въ болѣе простой формѣ и несложной картинѣ.

Далѣе, здѣсь же весьма ясно видно, что не можетъ быть и рѣчи объ атипическомъ разростаніи эпителія изъ железъ, такъ какъ ихъ здѣсь нѣтъ и я ихъ ни разу на своихъ препаратахъ не наблюдалъ. Такъ называемыя Тисоновы железы (обычно на внутренней поверхности крайней плоти) иногда наблюдаются, но только не на glans penis, а на frenulum ея. Самый процессъ изъязвленія мнѣ кажется весьма простъ. Разростанія Мальпигіева слоя могутъ дойти до извѣстнаго предѣла, за которымъ слѣдуетъ уменьшеніе, а въ дальнѣйшихъ степеняхъ и прекращеніе питанія не только эпителіальныхъ внѣдреній, но и

стромы. Постепенное разростаніе ихъ въ ширину сдавливаетъ сосочки и питаніе прекращается. Такъ начинается изъязвленіе. Такой же процессъ продолжается дальше въ краѣ. Путемъ грануляцій, что особенно выражено въ другихъ случаяхъ, и поверхностной некротизаціи поверхностные слои дна язвы выводятся съ распадомъ.

Разрыхленіе стромы за предѣлы ясно выраженнаго разростанія вѣроятно подготовляетъ почву для болѣе легкаго вростанія отпрысковъ, (а можетъ быть и вызываетъ его), чѣмъ и обусловливается распространеніе язвы по поверхности. Вѣроятно размноженіе клѣтокъ въ стромѣ, въ болѣе отдаленныхъ частяхъ отъ края, есть явленіе первичное, а появленіе отпрысковъ—вторичное, такъ какъ первое наблюдается тамъ, гдѣ еще нѣтъ появленія отпрысковъ.

И здѣсь, какъ въ болѣе обширныхъ язвахъ, незначительность толщины новообразованія (въ періодъ развитія около трехъ лѣтъ) заставляетъ думать, что оно уносится путемъ изъязвленія, что роль эта, въ связи съ неглубиной пораженія, принадлежитъ разростанію соединительно-тканныхъ элементовъ въ поверхностныхъ слояхъ дна дающихъ настоящую грануляціонную ткань. Но ткань эта мало жизненна вслѣдствіе плохаго питанія, обусловленнаго измѣненіемъ просвѣта сосудовъ, а можетъ быть и вслѣдствіе нервныхъ вліяній, хотя измѣненіе въ нервахъ въ нашихъ случаяхъ явленіе менѣе постоянное.

Появленіе эпителіальныхъ отпрысковъ на периферіи совершается болѣе быстро, чѣмъ вростаніе эпителіальныхъ элементовъ въ глубину. Это фактъ, который констатируетъ клиническое наблюденіе, что ulcus rodens распространяется болѣе по поверхности, чѣмъ въ глубину. Распространеніе въ глубину объясняется вѣроятно идущимъ впереди новообразованія размноженіемъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ и размягченіемъ подлежащей ткани (напр. вышеописанное разъѣданіе хряща). Чѣмъ же обусловливалось и въ чемъ состоитъ самое первое появленіе этого заболѣванія — сказать трудно, такъ какъ едва ли кѣмъ либо было наблюдаемо. Быть можетъ на это укажутъ какіе нибудь клиническіе факты. Къ сожалѣнію начало заболѣванія относится къ тому періоду, когда клинически оно не опредѣляется, а потому и микроскопически изслѣдовано быть не можетъ.

Можетъ быть и то, что изслѣдованіе въ другомъ направленіи дастъ намъ разгадку, т. е. укажетъ на этіологическій моментъ въ видѣ особаго микроорганизма, внѣдряющагося и очень медленно размножающагося, быть можетъ исключительно сидящаго въ клѣткахъ эпителія, а быть можетъ гдѣ нибудь на границѣ въ поверхностныхъ слояхъ папиллярнаго слоя кожи. Все это очень гадательно, а организмъ этотъ долженъ быть очень особенный. Можетъ быть въ первомъ періодѣ развитія новообразованія, а равно и въ послѣдующемъ играетъ роль также недостаточное кровенаполненіе, а вслѣдствіе этого и запустѣніе сосудовъ папиллярнаго слоя corii. Это запустѣніе капилляровъ обусловливается также развитіемъ соединительной ткани вокругъ капилляровъ этого слоя, какъ въ данномъ, такъ и въ другихъ случаяхъ, хотя и очень рѣдко.

Epithelioma rodens palpebrae infer. oculi dextri.

(Случай 10-й).

Евлампія С — кая, вдова священника, 57 лѣтъ отъ роду, поступила въ нашу клинику 7 іюня 1888 г. Больная съ хорошимъ общимъ питаніемъ. На правомъ нижнемъ вѣкѣ по срединѣ его, не много отступя отъ рѣсничнаго края, небольшая язва. Дно, послѣ пребыванія подъ влажной повязкой и отпаденіи корокъ,— ровное, съ плотными мелко-зернистыми грануляціями. Язва имѣетъ овальное очертаніе, величиной въ серебренный гривенникъ. Края язвы незначительно уплотнены, ровны, безъ бугристостей. Кожа ихъ нормальнаго цвѣта, безъ всякой воспалительной реакціи въ ней и по сосѣдству. Соединительная оболочка нижняго вѣка безъ измѣненій. При усиленномъ активномъ сжатіи вѣкъ (сокращеніе m. orbicularis) язву можно сдвигать, хотя не особенно значительно,— слѣдовательно толща тканей, занятая новообразованіемъ, простирается до мышечнаго слоя этой области. По словамъ больной, сифилисомъ не болѣла, да и обьективныхъ признаковъ (рубцовъ, періоститовъ, язвъ) въ пользу такого заболѣванія нѣтъ. Лимфатическія железы сосѣднихъ областей и въ другихъ областяхъ тѣла нормальной величины и консистенціи. Язва существуетъ около 3 лѣтъ. На основаніи пріемовъ, которые были приложены въ другихъ случаяхъ, исключается люпозное, сифилитическое и раковое пораженіе. Діагнозъ—epithelioma rodens или ulcus rodens.

Вырѣзываніе язвы 14 іюня; часть мышечнаго подлежащаго слоя и слизистая оболочка вѣка оставлены въ ранѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что въ сильно гранулированную строму имѣется атипическое внѣдреніе эпителіальныхъ отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя, а отчасти изъ волосяныхъ мѣшковъ. Толщина пораженнаго слоя — $1^1/_2$ mm. Потовыя и сальныя железы не служатъ источникомъ разростанія. Характеръ эпителіальныхъ внѣдреній такой же, какой уже описанъ въ предъидущемъ случаѣ. Разница состоитъ въ томъ, что отдѣльные островки дна болѣе значительной величины. Строма также сильно гранулирована и содержится также въ различныхъ слояхъ дна, какъ это уже описано мною въ другихъ случаяхъ.

Въ нѣкоторыхъ эпителіальныхъ скопленіяхъ замѣчается слизистое перерожденіе клѣтокъ, результатомъ чего являются уже описанныя полости неправильной формы съ зернистымъ и нитчатымъ осадкомъ (препаратъ фиксировался спиртомъ). Стѣнки артерій утолщены (intima, media и adventitia). Если бы мнѣ пришлось также подробно описать этотъ случай, какъ и предъидущій, я должень былъ бы повторить то же самое, что и въ предъидущемъ случаѣ.

Итакъ, резюмируя все, что мы нашли при микроскопическомъ изслѣдованіи различныхъ случаевъ ulcus rodens, приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ.

~~~

Ulcus rodens не есть простая язва, такъ какъ она содержитъ, кромѣ стромы въ краяхъ и днѣ, еще эпителіальныя образованія, обусловленныя атипическимъ разростаніемъ эпителія Мальпигіева слоя и наружнаго волосянаго влагалища въ видѣ колбъ, цилиндровъ, вѣтвящихся и анастомозирующихъ между собою, на разрѣзахъ образующихъ или вполнѣ, или частью выраженное сѣтчатое строеніе, или самой разнообразной формы изолированные острова эпителіальныхъ скопленій. Скопленія эпителіальныхъ элементовъ въ видѣ отдѣльныхъ острововъ чаще попадаются въ днѣ язвы, чѣмъ въ краѣ, занятомъ новообразованіемъ. Эти эпителіальные отпрыски Мальпигіева слоя и наружнаго волосянаго влагалища и островки эпителія состоятъ изъ клѣтокъ, имѣющихъ характеръ клѣтокъ Мальпигіева слоя. Какъ отпрыски, такъ и отдѣльныя скопленія въ видѣ островов
~~~

различныхъ формъ всегда рѣзко отграничены отъ стромы и имѣютъ на своемъ краѣ кайму изъ цилиндрическаго эпителія, т. е. идя отъ периферіи внутрь, повторяется строеніе наружной кожицы за исключеніемъ роговаго слоя.

Отдѣльные острова суть не болѣе, какъ перерѣзанныя поперечно развѣтвленія вышеуказанныхъ отпрысковъ Мальпигіева слоя и наружнаго волосянаго влагалища.

Разростанію и появленію отпрысковъ предшествуетъ мелкоклѣточковая инфильтрація подлежащей стромы.

Строма состоитъ изъ подлежащей соединительной ткани corii, сильно инфильтрированной клѣточными элементами (молодыми клѣтками соединительной ткани),—это въ краѣ. Чѣмъ ближе мы подвигаемся ко дну язвы, тѣмъ сильнѣе клѣточковая инфильтрація, а въ поверхностныхъ слояхъ дна она имѣетъ видъ настоящей грануляціонной ткани.

Клѣточковая инфильтрація стромы простирается глубже попадающихся въ днѣ эпителіальныхъ скопленій — она предшествуетъ эпителіальнымъ внѣдреніямъ.

Вслѣдствіе клѣточной инфильтраціи строма становится рыхлѣе, а потому податливѣе и менѣе противодѣйствуетъ атипическому вростанію эпителія, чѣмъ и обусловливается поступательное вростаніе новообразованія въ глубину.

Если разростаніе простирается до хряща—онъ разъѣдается грануляціями (процессъ аналогичный остеопорозу).

Тотъ же процессъ происходитъ и въ костяхъ; подлежащая мышечная ткань инфильтрируется молодыми соединительно-тканными клѣтками и поперечная исчерченность волоконъ исчезаетъ и мышечные элементы зернисто перерождаются.

Не смотря на разростаніе, хотя и медленное эпителіальныхъ образованій, внѣдряющихся въ глубину,—толща новообразованія остается очень незначительной. Это обусловливается тѣмъ, что за внѣдреніемъ эпителіальныхъ образованій въ глубину — по пятамъ слѣдуетъ некротическій процессъ въ поверхностныхъ слояхъ дна язвеннаго новообразованія.

Новообразованіе долго держится въ поверхностныхъ слояхъ—въ кожѣ, благодаря тому, что эпителіальныя внѣдренія выдвигаются процессомъ грануляціоннымъ.

Некротическому разрушенію (язвенному процессу) способ-

ствуетъ слизистое перерожденіе клѣтокъ этихъ эпителіальныхъ образованій, а равно недостаточность питанія какъ эпителіальныхъ клѣточныхъ скопленій, такъ и поверхностныхъ слоевъ стромы, вслѣдствіе уменьшенія притока крови, что обусловливается съуженіемъ просвѣта артерій.

Разростающіяся изъ болѣе глубокихъ слоевъ грануляціи безсильны въ выведеніи эпителіальныхъ образованій, такъ какъ сами онѣ мало жизненны въ силу вышеуказаннаго недостаточнаго снабженія питательнымъ матеріаломъ, а можетъ быть въ силу внѣшнихъ вліяній отъ соприкосновенія съ воздухомъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ побѣда остается за грануляціями— сами онѣ настолько безжизненны, что неспособны переходить въ болѣе стойкую ткань, какъ необходимое условіе для того, чтобы надвигающееся эпителіальное разростаніе съ краевъ могло бы повести къ полному закрытію дефекта. Вѣроятно полное выведеніе эпителіальныхъ скопленій изъ дна совершается рѣдко, рѣже чѣмъ даже замѣчается рубцеваніе. Второе условіе, мѣшающее заживленію, это атипическое разростаніе эпителія Мальпигіева слоя въ краѣ. Постоянное разростаніе отпрысковъ эпителія по периферіи, съ захватываніемъ подлежащей ткани и ея сдавленіемъ, обусловливаетъ нарушеніе питанія какъ въ стромѣ, такъ и въ разросшихся эпителіальныхъ отпрыскахъ изъ Мальпигіева слоя. Результатомъ этого является послѣдовательно процессъ некротическій въ краяхъ, чему способствуютъ вышеуказанныя причины общаго уменьшенія притока крови въ районѣ язвы, вслѣдствіе перерожденія стѣнокъ сосудовъ. И въ краѣ, какъ и въ днѣ, за процессомъ новообразовательнымъ, выражающимся разростаніемъ атипическимъ изъ Мальпигіева слоя, понятно слѣдуетъ процессъ некротическій (разрушеніе путемъ изъязвленія).

Сейчасъ указанный процессъ (некротизація въ краѣ) выражается распространеніемъ изъязвленія по поверхности, т. е. въ ширину.

Вслѣдствіе того, что за процессомъ новообразовательнымъ слѣдуетъ сейчасъ же процессъ некротическій—толща новообразованія какъ въ краяхъ, такъ и въ днѣ всегда незначительна. Это и объясняетъ намъ извѣстную клиническую картину этой язвы, что инфильтрація новообразовательная краевъ всегда незначительна.

Какую роль играетъ пораженіе артеріи, ясно изъ сейчасъ сказаннаго—уменьшеніе питательнаго матеріала и правильной циркуляціи соковъ.

Наблюдающееся перерожденіе нервовъ—neuritis interstitialis—вѣроятно тоже имѣетъ отношеніе къ процессамъ нарушенія питанія, но роль этого фактора менѣе ясна, хотя этимъ перерожденіемъ нервовъ объясняется тотъ клиническій фактъ, что язва всегда остается безболѣзненной. Въ нашихъ случаяхъ она всегда была таковой.

Вышеуказанный процессъ изъязвленія, распространяющагося въ глубину и въ ширину, вполнѣ заслуживаетъ того, чтобы и язву назвать разъѣдающей, такъ какъ она постепенно вовлекаетъ въ язвенный процессъ здоровыя ткани по периферіи, а также и въ глубину.

Размноженіе соединительно-тканныхъ клѣтокъ въ папиллярномъ слоѣ, на границѣ съ Мальпигіевымъ слоемъ, и обусловленное этимъ разрыхленіе стромы вѣроятно вызываютъ разростаніе отпрысковъ, подготовивъ для этого почву. Нахожденіе этихъ элементовъ въ чертѣ нижняго слоя клѣтокъ еще болѣе подтверждаетъ это воззрѣніе на причины, предшествующія и обусловливающія появленіе клѣточныхъ отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя.

Въ дальнѣйшемъ проведеніи анализа этого факта мы приблизились къ тому моменту въ развитіи новообразованія, гдѣ невольно представляется вопросъ, *что же обусловило вростаніе перваго отпрыска?*

Мы указали на то, что это есть та самая первая фаза развитія нашего новообразованія, которая не діагносцируется клинически, по отсутствію всякихъ клиническихъ признаковъ для такой ранней стадіи развитія занимающей насъ клинической формы, а потому не можетъ быть изслѣдуема и микроскопически.

Здѣсь мы у того момента въ развитіи новообразованія, за которымъ уже начинается самая темная вещь въ ученіи о новообразованіяхъ—это именно *этіологія*, т. е. познаваніе причиннаго момента и исходнаго пункта,—исходнаго элемента, изъ котораго начинается ростъ новообразованія.

Если бы взглянуть на этотъ моментъ съ клинической сто-

роны, то мы бы получили кое какія указанія въ примѣненіи къ занимающей насъ клинической формѣ, т. е. ulcus rodens.

При вопросѣ, задаваемомъ больному, съ чего началась язва, всѣ почти указываютъ на то, что были: или бородавочка, или пятно, или прыщъ (у англичанъ pimpl [1]), которые такъ или иначе больной оцарапалъ, или содралъ нечаяннымъ образомъ,— слѣдовательно причина травматическая. Такіе прыщи и пятна существуютъ всю жизнь у различныхъ людей и до самой смерти, ихъ не трогаютъ и ничто не развивается въ смыслѣ патологическомъ. Послѣ такого оцарапанія является язвочка, которая или иногда подживаетъ, или остается постоянной съ медленнымъ разростаніемъ до той язвы, которая клинически извѣстна какъ ulcus rodens.

Какое значеніе имѣетъ эта травматическая причина, давшая самую невинную экскоріацію, а затѣмъ и язвочку? Безспорно реакціей на эту травму было размноженіе клѣтокъ подлежащей ткани, т. е. процессъ, который мы обозначили, какъ процессъ грануляціонной инфильтраціи стромы. Изъ разсмотрѣнія же отдѣльныхъ случаевъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, мы вывели извѣстное значеніе и немаловажное въ жизни этого новообразованія. Результатомъ явилось разрыхленіе почвы, уменьшеніе той плотности и того сопротивленія, которое она выказываетъ эпителіальному слою кожи (т. е. наружной кожицѣ). Этимъ же путемъ, т. е. травматическимъ, образуется и то окно, черезъ которое свободно могутъ внѣдряться микроорганизмы и обусловить вышеописанную инфильтрацію (какъ результатъ реакціи) круглыми элементами подлежащаго слоя кожи, которая далеко сравнительно распространяется за поясомъ эпителіальныхъ отпрысковъ и которую мы путемъ вышеприведеннаго сопоставленія (см. случай 9-й) считаемъ за одинъ изъ моментовъ, обусловливающихъ разростаніе эпителіальныхъ отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя.

Но здѣсь каждый вправѣ сдѣлать возраженіе, которое само собой является и у меня. Оно заключается въ томъ, что безспорно масса людей быть можетъ оцарапываютъ такіе же прыщи, бородавочки и пятнышки безъ того, чтобы образовалась та

---

[1]) Смотри объ этомъ въ литературномъ очеркѣ, а также въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ.

язва, которую называютъ ulcus rodens, хотя у хирурговъ и въ публикѣ существуетъ страхъ передъ этого рода образованіями, пользующимися нѣкоторымъ образомъ правомъ noli me tangere. Я самъ убѣжденъ въ томъ, что не изъ всякаго осаднѣнія такого рода образованій можетъ развиться серьезное страданіе въ видѣ ulcus rodens, или что либо подобное.

Микроскопическое изслѣдованіе показало намъ, что почва, на которой развивается ulcus rodens, особенная—съ плохимъ питаніемъ, вслѣдствіе указанныхъ измѣненій въ стѣнкахъ артерій, а можетъ быть и въ нервахъ, такъ какъ послѣднее не такъ постоянно. На такой почвѣ и развиваются слабыя грануляціи, неспособныя къ противодѣйствію и безъ наклонности къ образованію болѣе стойкой ткани, необходимой для рубцеванія. Съ этой точки зрѣнія понятнѣе становится тотъ клиническій фактъ, что ulcus rodens можетъ развиваться только послѣ 30 лѣтъ, а обыкновенно же въ болѣе поздній періодъ, послѣ 40 лѣтъ и болѣе, когда измѣненія въ артеріяхъ и безъ того идутъ въ томъ направленіи, какое мы видѣли при изслѣдованіи ulcus rodens,—утолщеніе всѣхъ оболочекъ съ съуженіемъ просвѣта, иногда до полнаго закрытія (endoarteritis obliterans) и съ потерей эластичности ихъ, столь важной въ дѣлѣ правильнаго кровообращенія (быть можетъ и перерожденіе нервовъ играетъ роль въ томъ же невыгодномъ направленіи).

То же обстоятельсво, что ulcus rodens чаще появляется на лицѣ, можетъ до нѣкоторой степени найти себѣ объясненіе въ томъ, что это есть та часть тѣла, которая остается постоянно открытой, слѣдовательно доступной самымъ рѣзкимъ вліяніямъ термическимъ, колебаніямъ влажности, механическимъ (вѣтеръ, пыль и проч.). Вліяніе этихъ условій, между прочимъ, можетъ сказаться и на сосудахъ этой области, а равно и на нервахъ; съ образованіемъ же перваго изъязвленія—непосредственно и на язву. Этому нисколько не противорѣчитъ нахожденіе этой язвы въ рѣдкихъ случаяхъ на penis, рыльцѣ матки, деснѣ и проч. Такимъ образомъ клиническіе факты находятъ себѣ объясненіе въ вышесказанномъ.

Слѣдовательно, разъ имѣется вышеозначенная благопріятная почва, дальнѣйшее развитіе возможно путемъ атипическаго разростанія эпителія въ подлежащую ткань тѣмъ спосо-

бомъ, условія котораго мы старались уяснить себѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Что постоянныя раздраженія участковъ поверхности человѣческаго тѣла могутъ вызвать извѣстныя измѣненія въ артеріяхъ—мнѣ кажется весьма вѣроятнымъ. Съ этимъ вѣроятно согласуется и то обстоятельство, что не всегда при клиническомъ изслѣдованіи доступныхъ ощупыванію артерій (radialis, temporalis) можно констатировать столь сильныя измѣненія ихъ стѣнокъ, какія составляютъ правило при микроскопическомъ изслѣдованіи участковъ, гдѣ развилась эта язва.

При описаніи отдѣльныхъ случаевъ я обратилъ вниманіе на то, что почти всегда въ сосочкѣ, между двухъ сосѣднихъ ненормально разросшихся отпрысковъ, можно констатировать присутствіе капиллярнаго сосуда, часто окруженнаго весьма незначительнымъ количествомъ стромы. Это наводитъ на мысль объ особенномъ значеніи его присутствія, какъ бы той преграды, которая мѣшаетъ разростанію въ этомъ мѣстѣ эпителіальнаго отпрыска, другими словами, гдѣ есть сосудъ, тамъ и сопротивленіе больше. Что и такой сосудъ можетъ уничтожиться разростаніемъ въ ширину двухъ сосѣднихъ отпрысковъ—очевидно. Но ясно также и то, что разросшійся эпителій въ видѣ двухъ отпрысковъ сосѣднихъ уменьшитъ себѣ и источникъ питанія,—а посему, при извѣстномъ увеличеніи площади (на разрѣзѣ), долженъ подвергнуться отмиранію, что и обусловитъ изъязвленіе. Но такое постоянство отношенія сосудовъ къ отпрыскамъ доказываетъ, что сосудъ оказываетъ большое сопротивленіе. Отсюда видно второе значеніе измѣненія въ сосудахъ, это потеря втораго фактора, направленнаго противъ разростанія эпителія.

Понятно, что тамъ, гдѣ эти сосуды будутъ менѣе наполняться кровью или запустѣвать вслѣдствіе развитія соединительной ткани въ стѣнкахъ, или при полной облитераціи приводящихъ вѣтвей—тамъ они запустѣютъ и не будутъ оказывась сопротивленія или сами по себѣ, или поддерживая большую устойчивость стромы, снабжаемой имъ. Такую роль сосудамъ въ патологическихъ случаяхъ приписываютъ Wölfler [1], Boll [2]) и другіе.

[1]) Wölfler. Langenbeck's Arch. fur Klin. Chirurgie. Bd. XXIX, 1883 г.
[2]) Wölfler l. c. s. 796.

Еще раньше мы пришли къ тому выводу, что вростаніе тпрысковъ обусловливается разрыхленіемъ стромы, вслѣдствіе бразованія молодыхъ, но круглыхъ соединительно-тканныхъ клѣ окъ и исчезанія болѣе плотной волокнистой ткани, слѣдова-ельно и болѣе способной къ сопротивленію, что впереди азростанія эпителія идетъ гранулированіе подлежащей ткани, ъ исчезаніемъ плотной волокнистости, атрофіи мышцъ, разъ-даніемъ хрящей и т. д., словомъ подготовленіемъ почвы, за оторымъ слѣдуетъ вростаніе эпителіальныхъ внѣдреній, бу-утъ ли это первичные отпрыски въ краѣ, или разростаніе эпи-эліальныхъ скопленій въ днѣ язвы. Словомъ, что всѣ эти пителіальныя разростанія совершаются въ стромѣ, благодаря оторой Вальдейеръ и назвалъ ulcus rodens—*carcinoma anulosum*. Мы видѣли роль и другихъ моментовъ.

Намъ остается теперь подтвердить этотъ выводъ другими налогичными наблюденіями. Что эпителій Мальпигіева слоя еагпруетъ усиленнымъ размноженіемъ клѣтокъ не только при аздраженіи его самого, а также и при воспалительныхъ и овообразовательныхъ процессахъ, происходящихъ въ дермѣ, лѣдовательно при раздраженіи, не простирающемся непосред-твенно на его элементы, мы имѣемъ подтвержденіе въ трудѣ тальянскаго дерматолога Sebastien Giovannini [1]), задавша-юся цѣлью найти нѣкоторые общіе законы физіологіи много-лойнаго эпителія. Съ этой цѣлью онъ изучалъ измѣненія въ пителіѣ при раздраженіи его, регенераціи и новообразова-яхъ изъ него развивающихся, или развивающихся въ дер-ѣ. При простыхъ раздраженіяхъ, наносимыхъ извнѣ (arg. tricum, t-ra jodi и проч.) или изнутри (нагноеніе подкожной кани, возвышенная температура), клѣточки Мальпигіева слоя редставляютъ дѣятельную пролифераціи (посредственное дѣле-е). То же наблюдается при дѣйствіи мушки, въ экземѣ, узел-ахъ acne, изъязвленномъ узелковомъ сифилидѣ и проч., а авно и при регенераціи эпителія. Хотя слабыя раздраженія обусловливаютъ слабую реакцію, но это тогда, когда они епродолжительны. Напротивъ того, это размноженіе клѣтокъ ень сильно выражено и дѣятельно, если, хотя незначитель-

[1]) Archiv delle schienze Mediche; vol. X, n⁰ 16. Turin. Annal d. derma-logie et d. s. tome VIII, 1887 г., p. 21.

ное раздраженіе повторяется болѣе продолжительное время на одномъ и томъ же мѣстѣ. Эта усиленная пролиферація замѣчается при хронической экземѣ, psoriasis и проч. Въ случаяхъ воспалительныхъ новообразованій въ толщѣ дермы эпидермисъ реагируетъ также усиленной пролифераціей, если только причина, дѣйствующая изъ глубины, не разрушаетъ непосредственно эпидермиса. Клѣточная пролиферація въ эпителіѣ выражена и вокругъ язвъ, ранъ и т. д. При кожныхъ опухоляхъ, имѣющихъ свое начало въ дермѣ, замѣчается тоже пролиферація, хотя здѣсь причина можетъ дѣйствовать и на нѣкоторомъ разстояніи. Я обращаю вниманіе на это наблюденіе Джіованнини, такъ какъ оно можетъ объяснить многія стороны въ развитіи кожныхъ новообразованій, выходящихъ не только непосредственно изъ Мальпигіева слоя, но и развивающихся подъ нимъ. Этотъ авторъ обращаетъ вниманіе, что въ послѣднемъ случаѣ клѣтки размножаются весьма быстро, пока новообразованіе не разрушило еще вышележащаго эпидермиса. Когда дѣло дошло до разрушенія, клѣточная пролиферація эпителія отступаетъ къ периферіи. Какой же слой эпидермиса болѣе всего подвергается пролифераціи? На это Джіованнини тоже даетъ положительныя указанія. «Вообще размноженіе эпителіальныхъ элементовъ происходитъ въ болѣе молодыхъ клѣткахъ, т. е. въ болѣе глубоко лежащихъ клѣткахъ Мальпигіева слоя»[1]. «Это происходитъ особенно тогда, когда раздраженіе имѣетъ свою исходную точку въ дермѣ; если эта исходная точка лежитъ снаружи, пролиферація преобладаетъ въ reticulum Malpighii». Это размноженіе клѣтокъ Мальпигіева слоя и обусловливаетъ пролиферацію клѣтокъ Мальпигіева слоя, обусловливаетъ появленіе отпрысковъ его, ворастающихъ въ дерму, что ясно представлено у автора на цѣломъ рядѣ рисунковъ при различныхъ патологическихъ состояніяхъ кожи, напр. (fig. 22) при хронической экземѣ или (fig. 42) при простыхъ даже прививкахъ и проч.

Слѣдовательно и на основаніи наблюденій Джіованнини мы имѣемъ право предположить, что это прорастываніе подлежащаго слоя partis papillaris обусловливаетъ и подготовляетъ почву для ворастанія. О томъ, что могло вызвать это

[1]) Annales de dermatologie l. c., p. 23.

азмноженіе клѣтокъ—мы говорили раньше, когда указывали а вѣроятный причинный моментъ—травму—съ послѣдователь-ными другими агентами, происходящими отъ соприкосновенія ъ воздухомъ.

И такъ, мы старались дать возможное объясненіе самому пер-ому развитію атипическаго эпителіальнаго разростанія, а равно казали на тѣ факторы, которые обусловливають дальнѣйшій ость новообразованія и его выдающіяся свойства: изъязвле-я, распространеніе по поверхности, внѣдреніе эпителіаль-ыхъ образованій въ глубину и т. д., словомъ всѣмъ тѣмъ войствамъ, которыя придають особенную рѣзко выраженную ипическую физіономію этому язвенному новообразованію. еперь необходимо выяснить, какого свойства это атипическое азростаніе? Другими словами, имѣемъ ли мы право, благо-аря тому, что въ этомъ новообразованіи констатируемъ ати-ическое разростаніе эпителія, причислить его къ раковымъ овообразованіямъ, къ каковымъ его причисляютъ Thiersch lacher Krebs) и Waldeyer (carcinoma granulosum) или же 'arren, но съ оговоркой о доброкачественности этой формы ака (т. е. злокачественнаго новообразованія! [1]).

Мы приведены въ необходимость коснуться самаго принципа, оложеннаго въ основу дѣленія эпителіальныхъ новообразованій а раковыя и не раковыя съ гистологической точки зрѣнія—ринципа, состоящаго въ томъ, что эпителіальныя новообразова-ія, въ которыхъ разростаніе эпителія гетеротопично (Тиршъ) [2], е. «эпителій находится на томъ мѣстѣ, гдѣ онъ обыкновенно е бываетъ», гдѣ имѣется разростаніе эпителія, «которое не лѣдуетъ никакому опредѣленному типу», иначе «безграничное пителіальное разростаніе въ атипическихъ формахъ», «какъ типическое эпителіальное новообразованіе» (Waldeyer [3]). езспорно, если стать на точку зрѣнія, по которой всѣ раки азвиваются изъ существующаго эпителія, то фактъ, что въ ихъ эпителій разроссся за предѣлы нормальнаго расположе-ія, атипически, довольно очевиденъ. Каждый срѣзъ изъ рака аетъ такую картину, а слѣдовательно масса срѣзовъ изъ мас-

[1]) См. литературный очеркъ.

[2]) Thiersch, loc. cit. стр. 54.

[3]) Waldeyer. Virch. Archiv, Bd. 55, стр. 149 и 150.

сы раковъ также будутъ имѣть такой же характеръ микроскопической картины. Отсюда слѣдуетъ, что вообще картина рака будетъ того же характера, т. е. съ атипическимъ и гетеротопическимъ расположеніемъ эпителіальныхъ элементовъ. Къ сожалѣнію не всѣ гистологи согласны въ томъ, что элементы эпителіальные (а по другимъ только эпителіоидные), находящіеся внѣ границы нормальнаго расположенія, происходятъ изъ эпителія, а напротивъ изъ соединительной ткани, т. е. что ракъ-новообразованіе соединительно-тканнаго типа (Förster, Virchow, Cornil et Ranvier, Klebs, Rindfleisch и пр.). Но другой вопросъ, всякое ли атипическое разростаніе эпителія есть ракъ. Другими словами—есть ли нераковое атипическое разростаніе эпителія?

Фридлендеру [1]) принадлежитъ заслуга въ томъ, что онъ указалъ на случай атипическаго разростанія эпителія при различныхъ патологическихъ процессахъ, гдѣ и рѣчи не можетъ быть о раковомъ пораженіи. Такое атипическое разростаніе эпителія изъ Мальпигіева слоя Фридлендеръ при lupus наблюдалъ въ видѣ отпрысковъ, идущихъ въ глубину, анастомозирующихъ между собой и образующихъ эпителіальную сѣть; въ образованіи отпрысковъ участвовали даже сальныя железы (стр. 18). Такимъ образомъ это атипическое разростаніе простиралось довольно глубоко. Въ случаѣ же Busch'а эта глубоко проникающая сѣть эпителія съ эпидермоидальными шарами имѣла такой видъ, что «каждый безпристрастный (Unbefangene) подумалъ бы, что на микроскопическомъ препаратѣ онъ видитъ канкроидъ», а между прочимъ относительно благопріятное теченіе въ продолженіи многихъ годовъ убѣдило въ полной справедливости діагноза (lupus). Есть атипическое разростаніе эпителія въ фистулезныхъ ходахъ безъ раковаго теченія. Такое атипическое разростаніе эпителія наблюдалась въ кожѣ при Lepra, при Elephantiasis (что наблюдалъ раньше еще Строгановъ [2]). Далѣе такое атипическое разростаніе наблюдалось въ легкихъ при Phthysis: эпителій бронха разростался въ видѣ мѣшковъ (Schläuchen) и отпрысковъ и даже проникалъ въ окружающую ихъ ткань, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ

---

[1]) Friedländer. Uber Epitelwucherung and Krebs. 1877 г.

[2]) Virchov Archiv, Bd. 65, s. 47.

олго существовала въ стѣнкахъ и вокругъ нихъ клѣточковая нфильтрація. Въ печени было наблюдаемо разростаніе эпиэлія желчныхъ ходовъ при атрофическомъ циррозѣ (Cornil, [anot) и искусственно вызываемо (Charcot et Gombault, lauvelt) при перевязкѣ ductus choledochus и т. д. Весьма нтересны также тѣ наблюденія, гдѣ эпителій железистыхъ ;зырьковъ разростается въ видѣ отпрысковъ при развитіи овообразованія въ стромѣ железы или продолжительныхъ эспалительныхъ процессахъ [1]). Это какъ нельзя болѣе соглаѵется съ тѣми наблюденіями Giovannini, о которыхъ мы упоиинали раньше относительно размноженія клѣтокъ Мальпигіева лоя при развитіи новообразованій въ дермѣ. Въ одномъ слуаѣ изъязвившейся саркомы голени на краю язвы и мнѣ приодилось наблюдать такое же ненормальное разростаніе Мальигіева слоя. Всѣ эти факты и заставили Фридлендера высказать, на нашъ взглядъ, вполнѣ справедливое положеніе: «послѣ того невозможно опредѣлить анатомически ракъ, какъ опухоль ъ атипическимъ новообразованіемъ эпителія» [2]). Не менѣе заѣчательно и то, что Ernst Friedländer находилъ атипическое азростаніе эпителія въ кистомахъ яичника безъ того, чтобы олучилось какое нибудь злокачественное новообразованіе.

Разсматривая условія атипическаго разростанія эпителія въ lcus rodens, мы придали громадное значеніе той грануляціоной стромѣ, въ которую вростаетъ эпителій, съ одной стороны лагодаря тому, что она то подготовляетъ почву для вростанія, змѣняя подлежащія ткани—соединительную, мышечную, хрящевую и, вѣроятно, костную, а съ другой—эта же грануляіонная строма есть выраженіе воспалительнаго новообразованія, ротекающаго очень медленно [3]). А мы знаемъ изъ изслѣдоваій Джіованнини, что такой процессъ въ дермѣ обусловливаетъ силенное размноженіе клѣтокъ самаго глубокаго слоя rete Ialpighii, какъ вторичное явленіе. Обобщая свои наблюденія

[1]) Friedländer l. c. s. 54.

[2]) Friedländer, op. cit. s. 33.

[3]) На выдающееся явленіе въ стромѣ, заставившее Waldeyer'а обозвать lcus rodens—carcinoma cutis granulosum—обратилъ вниманіе еще Kirsch. см. лит. очеркъ), когда онъ разсуждалъ о томъ, какого характера была го язва; находя громадное количество клѣточныхъ элементовъ въ стромѣ, нъ говоритъ, что она напоминаетъ клѣточковую соркому.

относительно атипическаго разростанія эпителія, Friedländer приходитъ къ такому же выводу: атипическія разростанія наступаютъ тамъ, «гдѣ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ оболочками, несущими эпителій, разыгрываются процессы новообразованія, ведущіе къ образованію грануляціонной ткани, или специфической ткани новообразованія» [1]). То же обстоятельство, что это разростаніе не происходитъ наружу, а въ подлежащую ткань, все-таки можетъ быть объяснено механически. Самая нижняя клѣтка Мальпигіева слоя безспорно испытываетъ давленіе сверху цѣлаго слоя клѣтокъ значительной толщины; слоя, взаимное сцѣпленіе клѣтокъ котораго довольно значительно. Если же мы примемъ во вниманіе, что ближайшій слой подлежащей ткани разрыхляется, что и такъ называемая membrana basillaris измѣняется въ своей плотности,—то возможность меньшаго давленія со стороны подлежащей стромы весьма вѣроятна.

Есть много вѣроятій предполагать, что membrana basillaris вовсе не особенная плотная перепонка: сообщеніе между эпителіемъ и стромой подлежащей существуетъ, что доказывается наблюденіями Бесядецкаго [1]).

Послѣднія изслѣдованія показываютъ по крайней мѣрѣ аналогичныя явленія для кишечника, гдѣ, по изслѣдованіямъ Davidoff [3]) изъ Мюнхена, membrana basillaris есть «комплексъ другъ возлѣ друга расположенныхъ, а можетъ быть анастомозирующихъ другъ съ другомъ нитевидныхъ отпрысковъ основанія эпителіальныхъ клѣтокъ» (стр. 505), чѣмъ и объясняется ея фибриллярное строеніе, по мнѣнію того же автора. Далѣе онъ указываетъ, что есть мѣста, гдѣ ея совсѣмъ нѣтъ, а существуетъ «непрерывное отношеніе между эпителіемъ и аденоидной тканью». Соединительнотканно-волоконцевую структуру membranae basillaris признавали Dönitz, Eberth, Kölliker и другіе. Если это дѣйствительно вѣрно, то возможность внѣдренія эпителія при измѣненіи дермы въ связи съ вышеуказанными наблюденіями Джіованнини еще понятнѣе, такъ какъ давленіе сверху на клѣтку сильнѣе.

[1]) Friedländer, op. c. s. 56.
[2]) Руков. къ уч. о тканяхъ—Штриккера. 1873 г., стр. 640.
[3]) Arch. f. mikroscop. Anat. Bd. XXIX. 1887 г., стр. 495.

Но обратимся къ оцѣнкѣ атипичности разростанія эпителія, акъ гистологическому признаку рака. Вопросъ этотъ подвергся акой всесторонней критикѣ со стороны Фридлендера, что намъ стается сказать немногое. Безспорно есть случаи доброкачественаго атипическаго разростанія, эпителія на что и было указано.)ни не даютъ клинической картины злокачественности. При зслѣдованіи ulcus rodens мы указали тоже на гистологическій актъ атипическаго разростанія, но не имѣющаго выраженнаго линическаго характера злокачественности. Гдѣ же нѣтъ злоачественности, тамъ нѣтъ и рака; слѣдовательно соединять съ типичностью разростанія эпителія злокачественность—нѣтъ снованія. Waldeyer отъ частныхъ случаевъ сдѣлалъ общій ыводъ, но отъ общаго къ частному нельзя сдѣлать заключеніе. ъ силу этого его понятіе «рака» и не покрываетъ всего соэржанія, такъ какъ, справедливо замѣчаетъ Фридлендеръ, «хотя гипическое разростаніе эпителія есть по большей части ракъ, о мы знаемъ, что атипическое разростаніе можетъ быть чѣмпбудь и невиннымъ» [1]). Такъ какъ атипичность разростанія лителія не всегда сопровождается злокачественностью, то поому чисто анатомическаго критерія для рака не существуетъ попытка въ этомъ отношеніи Вальдейера осталась не вполнѣ дачной, какъ и попытки Тирша причислить ulcus rodens къ аковымъ новообразованіямъ подъ именемъ плоскаго рака кожи ли flacher Krebs, на томъ только основаніи, что здѣсь есть этеротопическое разростаніе эпителія, что въ переводѣ на теринологію Вальдейера означаетъ атипическое разростаніе эпиэлія. Причина, почему атипичность, взятая какъ критерій ія рака, не выдерживаетъ строгой критики, не объясняетъ сѣхъ случаевъ, сюда относящихся, заключается въ недостаочности одной морфологической точки зрѣнія, такъ какъ она е выражаетъ главнѣйшаго —всѣхъ процессовъ, происходящихъ ь томъ сложномъ заболѣваніи, которое носитъ названіе «опуоли». Характеръ этихъ процессовъ въ общей суммѣ гораздо олѣе выражается въ клинической картинѣ.

Такимъ образомъ изъ микроскопическаго изслѣдованія ulcus odens мы узнали, что эпителій въ этомъ язвенномъ новообраованіи разростается атипически, что эта атипичность сама по

[1]) Friedländer, op. cit., s. 33.

себѣ взятая не есть выраженіе раковой натуры этой патологической формы. Это тѣмъ болѣе справедливо, что эпителій здѣсь вростаетъ не прямо въ неизмѣненную подлежащую ткань, а напротивъ того, эти послѣднія сами измѣняются: соединительная ткань превращается въ грануляціонную, хрящъ разрушается тѣмъ же грануляціоннымъ процессомъ, а равно предварительно наступаютъ дегенеративныя измѣненія въ мышцахъ. Слѣдовательно здѣсь нѣтъ вростанія клѣточныхъ элементовъ новообразованія въ подлежащую неизмѣненную ткань, какъ это наблюдается въ ракахъ, и нѣтъ того, что называется собственно раковой инфильтраціей. Даже если взять бѣдный клѣточными элементами скирръ грудной железы, то и здѣсь всегда можно найти отдѣльныя эпителіоидныя клѣтки, заложенныя между волоконъ стромы. Послѣднее вѣроятно обусловливается амебоидными движеніями раковыхъ клѣтокъ (Waldeyer и Karmalt) [1]).

Здѣсь собственно мы подходимъ къ вопросу о значеніи разрушительности новообразованія, какъ признака злокачественности. Что ракъ производитъ такое разрушеніе всѣхъ тканей даже въ сравнительно короткій промежутокъ времени—это не подлежитъ сомнѣнію. Ulcus rodens тоже отличается этимъ свойствомъ, но въ гораздо меньшей степени, что выражается тѣмъ, что разрушеніе незначительной глубины требуетъ десятка лѣтъ. Если при ракахъ разрушеніе производится клѣточными элементами новообразованія, т. е. инфильтраціей окружающихъ здоровыхъ тканей, то въ ulcus rodens играетъ роль не внѣдреніе клѣтокъ эпителія, а разрушеніе производится грануляціонными элементами выростающими изъ стромы. Это существенно отличаетъ ulcus rodens отъ раковъ, отдаляетъ это новообразованіе отъ нихъ, а болѣе приближаетъ къ процессамъ язвеннымъ. Что одинъ фактъ разрушительнаго медленнаго теченія не можетъ приближать это новообразованіе къ ракамъ, видно изъ того, что фунгозныя грануляціи разрушаютъ концы суставовъ въ сильнѣйшей степени и гораздо скорѣе. Lupus способенъ произвести тоже значительныя разрушенія. Сифилитическое изъязвленіе не менѣе ужасно бываетъ по глубинѣ и распространенности,—однако же всѣ эти процессы никто не причисляетъ къ раковымъ, какъ не должно причислять къ таковымъ и ulcus rodens благодаря

[1]) Virch. Arch. Band. 55, стр. 486.

только наклонности къ разрушенію, гораздо менѣе выраженной, чѣмъ напримѣръ въ нѣкоторыхъ случаяхъ фунгозныхъ процессовъ въ костяхъ.

Что касается другой черты—это способности рецидивировать, то она еще менѣе заслуживаетъ того, чтобы придать раковый характеръ ulcus rodens. Каждому хирургу извѣстно, что келоиды, неимѣющіе ничего общаго съ раковыми опухолями, тѣмъ не менѣе обладаютъ этой способностью къ рецидивамъ. Liron[1]) описываетъ 6 послѣдовательныхъ рецидивовъ послѣ операціи на одномъ и томъ же мѣстѣ; но возвраты эти всегда имѣютъ только мѣстный характеръ[2]). Такой же наклонностью къ рецидивамъ отличается и Lupus; послѣ даже тщательно произведенныхъ выскабливаній, послѣ раннихъ прижиганій, по словамъ Эриксена, болѣзнь можетъ принять еще болѣе разрушительный характеръ (Lupus exedens). Рецидивъ, послѣ вырѣзыванія ulceris rodentis, если онъ только наступаетъ черезъ непродолжительное время, безспорно говоритъ объ остаткѣ новообразованія. Что дѣйствительно рука не всякаго хирурга въ этомъ отношеніи безгрѣшна, убѣдили меня изслѣдованія препаратовъ, гдѣ иногда можно было констатировать, что ножъ прошелъ черезъ самый край новообразованія, съ оставленіемъ его эпителіальныхъ элементовъ въ ранѣ. Случаевъ очень поздняго рецидива я не знаю. Но если бы таковой и наблюдался, т. е. что черезъ много лѣтъ язва рецидивировала бы, то вѣроятно это зависѣло бы отъ тѣхъ же моментовъ, которые вызвали и первоначальное новообразованіе, такъ какъ почва-то, которой мы по необходимости должны были придать важное значеніе, осталась та же самая. На важность почвы указалъ уже и проф. Н. П. Ивановскій[3]). На такое заболѣваніе вторичное, спустя долгое время послѣ первичнаго, нужно смотрѣть какъ на «истинный рецидивъ» вмѣстѣ съ Butlin'омъ[4]), т. е. происшедшій не отъ остатковъ новообразованія при въ леченіи (въ ранѣ). Этотъ истинный рецидивъ въ данномъ случаѣ нужно отличать отъ такого же рецидива при новообразованіяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ метастазами, или быть можетъ съ новообразованіемъ, самостоятельно выросшимъ изъ отдѣльнаго за-

[1]) Проф. Ивановскій. Учебникъ Общ. Патологич. Анатоміи, стр. 300.
[2]) Эриксенъ, op. cit., стр. 978.
[3]) Ивановскій, проф. Труды Общ. Русск. Врачей, стр. 43.
[4]) Butlin, Henry Trent. Encyclcp. internal. de chirurgie. 760. 1885 г.

чатка, какъ это думаетъ Вернейль [1]). Послѣдній сообщилъ случай, гдѣ «рецидивъ обнаружился на рубцѣ послѣ удаленія рака груди спустя 30 лѣтъ». Сообщеніе сдѣлано Вернейлемъ на III конгрессѣ хирурговъ въ Парижѣ.

И такъ, ни наклонность къ разрушенію, ни къ рецидивамъ не даетъ намъ основанія для отнесенія ulcus rodens къ злокачественнымъ новообразованіямъ. Наклонность къ разрушенію при ulcus rodens зависитъ скорѣе отъ почвы, чѣмъ отъ внѣдряющагося эпителія, т. е. первично роль играетъ не новообразованіе, а изъязвленіе. Рецидивъ зависитъ отъ почвы и ничего общаго не имѣетъ съ рецидивомъ злокачественныхъ новообразованій зависящихъ при послѣднихъ отъ диссеминаціи и метастазовъ. Послѣднимъ же обстоятельствомъ объясняется и отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ въ связи съ нестойкостью и безжизненностью клѣтокъ, на что указывалъ еще Moor, Такую маложизненность клѣтокъ при ulcus rodens мы имѣемъ полное право принять на основаніи замѣченнаго нами слизистаго перерожденія ихъ въ центральныхъ частяхъ скопленій, а равно и на основаніи того, что клѣтки эти, происходя изъ нормальнаго эпителія, высоко дифференцированнаго, менѣе способны къ жизни, чѣмъ эмбріональныя. Анализъ микроскопической картины показалъ намъ, что мы имѣемъ дѣло хотя съ атипическимъ разростаніемъ эпителія, но относящимся къ ряду доброкачественныхъ разростаній и Конгеймъ былъ правъ, когда совсѣмъ съ другой точки зрѣнія утверждалъ, что поверхностный кожный ракъ, ulcus rodens древнихъ, не есть ракъ, т. е. злокачественная опухоль. (Conh. l. c., стр. 681). Микроскопическое изслѣдованіе вывело насъ изъ непонятныхъ и противорѣчивыхъ опредѣленій ulcus rodens какъ «хроническаго рака» (Paul), или «доброкачественной формы рака» (Warren), желающихъ примирить клиническія данныя съ микроскопической картиной, а равно указано въ чемъ источникъ ошибокъ Тирша и Вальдейера.

Клиническая картина, указывающая на нераковую натуру ulcus rodens находитъ себѣ объясненіе и подтвержденіе въ изученіи болѣе тонкой микроскопической структуры и процессовъ въ ней происходящихъ, что и составляло нашу задачу.

Разъ мы нашли, что въ микроскопической картинѣ ulceris

[1]) Еженед. Клин. газета, за 1888 г., № 14, стр. 272.

rodentis, не смотря на атипическое разростаніе эпителія, нѣтъ ничего раковаго, т. е. что не только по клиническимъ даннымъ но и по микроскопической структурѣ это не раковая опухоль, термины: flacher Krebs Тирша и carcinoma granulosum Вальдейера не выражаютъ природы ulceris rodentes, имѣя въ содержаніи своемъ элементъ несвойственный ей—это именно злокачественность раковыхъ новообразованій. Поэтому вышеуказанныя названія занимающей насъ патологической формы (ulcus rodens) должны быть исключены.

Лучшій терминъ для патологическихъ формъ тотъ, который выражаетъ анатомическое строенія ея. Поэтому ulcus rodens можно было бы опредѣлить какъ epithelioma granulosum; но въ цѣляхъ клиническихъ лучше принять такое названіе, въ которомъ выражается, сверхъ анатомическаго строенія, еще самая выдающаяся клиническая особенность—въ данномъ случаѣ разрушительное дѣйствіе на окружающія ткани. Поэтому названіе Epithelioma rodens весьма подходящее, разумѣя эпителіому въ смыслѣ чисто анатомическомъ безъ всякаго отношенія къ злокачественности, названіе, указывающее, что однимъ изъ гистологическихъ элементовъ этого новообразованія есть ткань эпителіальная. Въ такомъ же смыслѣ опредѣляетъ эпителіому и Friedländer [1]). Терминъ ulcus rodens хотя и имѣетъ за собой многолѣтнюю давность, будучи предложенъ еще Lebert'омъ, не совсѣмъ удобенъ тѣмъ, что многіе авторы отождествляли его съ поверхностнымъ кожнымъ ракомъ, а нѣкоторые даже съ lupus'омъ.

Вотъ почему мы и остановились на названіи Epithelioma rodens, какъ болѣе выражающемъ анатомическія и клиническія особенности этого язвеннаго новообразованія. Клиническая же картина этого язвеннаго новообразованія выражается въ томъ, что язвенный процессъ, распространяясь главнымъ образомъ по поверхности покрововъ, при болѣе продолжительномъ теченіи распространяется и въ глубину, разрушаетъ подлежащія части, мышцы, кости лица и черепа съ обнаженіемъ поверхности твердой мозговой оболочки, уничтожая цѣлые органы, производитъ страшныя разрушеніи и обезображенія, но не вызываетъ общаго заболѣванія и кахексіи. Продолжаясь годами и

[1]) Frldlander op. cit. стр. 32.

десятками лѣтъ болѣзнь все время остается мѣстной, никогда не поражаетъ не только внутреннихъ органовъ, но и даже сосѣднихъ лимфатическихъ железъ, что существенно отличаетъ эту форму клинически отъ раковыхъ пораженій, что весьма важно въ практическомъ отношеніи.

Больные погибаютъ не отъ кахексіи и метастазовъ, а отъ поврежденія важныхъ для жизни органовъ—разрушенія мозговыхъ оболочекъ, изъязвленія крупныхъ артерій или затрудненія акта принятіе пищи (голоданіе). Она производитъ разрушенія большія, чѣмъ способенъ произвести ракъ, потому только, что при послѣднемъ больные успѣваютъ погибнуть гораздо ранѣе отъ общаго зараженія и быстраго маразма. Поражая въ возрастѣ послѣ 30 л., а чаще всего послѣ 40 лѣтъ и до 80, въ чемъ согласны всѣ авторы, не щадя лицъ обоего пола, она, сверхъ своихъ клиническихъ признаковъ, существенно отличается этимъ отъ люпознаго изъязвленія.

Не имѣя раковаго анатомическаго строенія и злокачественности свойственной ракамъ, показывая отсутствіе инфильтраціи сосѣднихъ здоровыхъ тканей, диссеминацій и метастазовъ въ ближайшихъ железахъ и отдаленныхъ органахъ и столь своеобразную и ужасную картину клиническаго проявленія, (разрушительность), форма эта вполнѣ заслуживаетъ быть выдѣленной клиницистами и анатомами въ *отдѣльную клиническую и анатомическую форму* подъ именемъ Epithelioma rodens.

Объясненіе клиническихъ признаковъ и пріемовъ клинической діагностики, на основаніи анатомическихъ данныхъ.

Подъ именемъ epithelioma rodens въ клиникѣ мы будемъ разумѣть такое новообразованіе, которое протекаетъ почти съ первыхъ моментовъ своей жизни въ формѣ язвы. До тѣхъ поръ, пока это новообразованіе не выразится язвой, оно не попадаетъ въ руки врача, да и не могло бы быть діагносцировано. Первое, что обращаетъ вниманіе врача при видѣ больнаго, пораженнаго этимъ страданіемъ,—это язвенный дефектъ. Отъ этого врачъ въ первое время и обращается съ нимъ, какъ съ язвой, пока тщательнымъ разборомъ свойствъ ея онъ не приходитъ къ заключенію, что это не только язва, но и новообразованіе яз-

венное. Поэтому мы поведемъ описаніе, какъ принято описывать язвы, слѣдуя анатомическимъ признакамъ.

Форма язвы въ значительной степени зависитъ отъ ея возраста, а слѣдовательно и величины. Чѣмъ меньше возрастъ—меньше и величина. Большею частью язва имѣетъ округлую форму, или приближающуюся къ ней. Когда язва достигаетъ болѣе значительной величины, занимаетъ нѣсколько анатомическихъ областей, она принимаетъ менѣе правильное очертаніе, такъ что край бываетъ очерченъ неправильной волнистой или ломанной линіей. Послѣднее рѣже.

Язва занимаетъ большею частью лицо и чаще въ верхнихъ $^{2}/_{3}$ его. Пораженіе нижней губы въ нашей клиникѣ не наблюдалось, на это указываютъ и авторы, хотя пораженіе этой области и можно допустить (Е. И. Богдановскій). Вторая отличительная черта: развивается въ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ перехода кожи въ слизистыя оболочки, но при дальнѣйшемъ распространеніи можетъ перейти на нихъ. Она также наблюдается при переходѣ на волосистую часть головы [1]). Гораздо рѣже она наблюдается на другихъ частяхъ тѣла. Проф. Ивановскій изслѣдовалъ случай на деснѣ; у насъ приведенъ случай на penis; авторы наблюдали на рыльцѣ матки [2]).

Дно язвы имѣетъ видъ или ровной [3]) поверхности, или неровной. Это зависитъ отъ конфигураціи областей, которыя она (занимаетъ—на лбу напр.—ровное; если язва занимаетъ область носа и щеки, или носа и вѣкъ; оно будетъ имѣть неправильную поверхность; занимая оба вѣка и прилежащія области, тоже неровное, а приближающееся къ воронкообразной формѣ съ очень малой высотой) и т. д. Понятно, что въ этомъ днѣ часть поверхности его можетъ быть и ровная, напр. та, которая занимаетъ боковую сторону носа. Второе обстоятельство, которое можетъ вліять на поверхность дна—глубина распространенія.

Въ случаяхъ очень старыхъ разъѣдающихъ эпителіомъ центральныя части въ тоже время и самыя старыя, онѣ же могутъ

---

[1]) Такое мѣстоположеніе язвы наблюдалось мной въ клиникѣ у больнаго Калинина. Больной не согласился на удаленіе ея кровавымъ путемъ

[2]) Статистика случаевъ наблюдавшихся въ клиникѣ будетъ опубликована.

[3]) Ровная не есть гладкая. Ровный—въ смыслѣ геометрическомъ.

быть, и самыя глубокія, вслѣдствіе вышеуказаннаго процесса проникаиія въ глубину. Самыя периферическія части будутъ и самыя молодыя, что ясно изъ указаннаго процесса распространенія по периферіи—язва распространяется центробѣжно. Въ силу молодости своей периферическія части и самыя поверхностныя.

Но въ днѣ язвы, на его поверхности, мы еще должны отличать гладкость, или бугристость. Дно epitheliomatis rodentis рѣдко гладкое, всегда же большею частію представляетъ зернистость, рѣдко значительную, съ неглубокими трещинами. Это обстоятельство зависитъ отъ величины и формы грануляціонныхъ сосочковъ. Анатомическая подкладка заключается въ томъ, что эпителіальныя разрощенія, какъ мы видѣли въ днѣ, не достигаютъ значительной величины. Слѣдовательно дно будетъ покрыто большею частію мелко-зернистыми грануляціями, которыя могутъ быть нѣсколько крупнѣе нормальныхъ воспалительныхъ, но не бугристо, какъ при раковыхъ изъязвленіяхъ. Эта бургистость въ раковыхъ язвахъ обусловливается большими скопленіями эпителіальныхъ образованій. При дотрогиваніи онѣ кровоточатъ отъ разрыва сосудовъ грануляціонной стромы. Цвѣтъ ихъ блѣдный, или слегка грязновато-красный. Большая блѣдность обусловливается тѣмъ, что часть поверхности дна занята кромѣ обыкновенныхъ красныхъ грануляцій стромы еще и эпителіальными образованіями, въ которыхъ сосудовъ нѣтъ. Грязноватость обусловливается вслѣдствіе не отдѣлившихся некротизированныхъ частицъ.

Консистенція грануляцій болѣе плотная, чѣмъ у воспалительныхъ, что зависитъ опять таки отъ выдающихся на поверхность эпителіальныхъ скопленій, имѣющихъ большую плотность вслѣдствіе плотнаго прилеганія эпителіальныхъ клѣтокъ, изъ которыхъ состоятъ эти скопленія.

Переходъ дна въ край не постепенный, а слегка обрѣзанный (обрывъ) это зависитъ отъ того, что въ краѣ часть отпрысковъ отъ Мальпигіева слоя, некротизируясь, вываливается, отчего разстояніе отъ вершины края до дна будетъ составляться изъ толщи наружной кожицы, съ прибавленіемъ разростанія, на которое еще глубже лежащія части отпрысковъ омертвѣли, а разростающіяся грануляціи изъ дна не достигли еще уровня края. Края язвы уплотнены. Это зависитъ оттого, что въ краѣ идетъ

процессъ разростанія отпрысковъ въ глубину, которые, при переходѣ въ дно, самые длинные; здѣсь же сильнѣе развиты вторичныя развѣтвленія, но уже миллим. на 2—на 3 отъ края они совсѣмъ переходятъ въ нормальные сосочки, что и выражается клиническимъ признакомъ: уплотненіе края занимаетъ по поверхности 2—3 mm. Въ силу того, что отпрыски увеличиваются съ приближеніемъ ко дну язвы, а эпителіальныя скопленія въ днѣ не идутъ далѣе самыхъ глубокихъ отростковъ—нѣтъ инфильтраціи сосѣднихъ частей. Между тѣмъ какъ у раковъ инфильтрація сопростирается гораздо дальше за край, приподнимая верхніе слои дермы и даже въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ уже отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя. Этимъ и выражается клиническій признакъ, что при раковой язвѣ края уплотнены на значительномъ разстояніи (не менѣе 1/2 дюйма—Е. И. Богдановскій). При скиррѣ вообще инфильтратъ меньше—и потому инфильтрація краевъ меньше.

Въ краѣ нѣтъ бугристостей, такъ какъ вышеозначенный процессъ разростанія отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя по всей окружности совершается равномѣрно. Кожа края и сосѣднихъ частей нормальнаго цвѣта, безъ признаковъ воспалительныхъ явленій, такъ какъ процессъ идетъ такъ медленно, что воспалительныхъ явленій не можетъ быть, что отличаетъ отъ Lupus'а, гдѣ въ краѣ идетъ люпозный процессъ, образуя бугорки и воспалительное раздраженіе окружающей ткани.

Иногда замѣчается рубцеваніе, т. е. надвиганіе разростающагося эпителія, что выражается бѣлесоватой каймой, подвигающейся по грануляціямъ; но потомъ опять изъязвляется—вслѣдствіе того, что дно состоитъ изъ ткани, неспособной перейти въ стойкую ткань. Иногда рубецъ можетъ раздѣлять язву на двѣ половины [1]). Словомъ, мы видимъ язву, у которой края какъ бы обрѣзаны, незначительно уплотнены (2—3 mm.), безъ воспалительныхъ измѣненій. Дно ровное, покрытое зернистыми грануляціями, несвойственными воспалительнымъ грануляціямъ.

Уплотненіе краевъ и плотность грануляцій, выростающихъ изъ дна, указываютъ на новообразованіе, а не на воспалительное отложеніе. Мы приходимъ такимъ образомъ къ заклю-

[1]) Butlin, op. cit., стр. 861.

ченію, что имѣется дѣло не съ язвой, а съ изъязвившимся новообразованіемъ.

Когда, такимъ образомъ, путемъ клиническаго изслѣдованія, выяснилось, что язвенный процессъ разыгрывается на почвѣ новообразованія, мы должны поступать какъ съ новообразованіемъ въ дальнѣйшихъ діагностическихъ пріемахъ. Такъ какъ основы діагностики опухолей прекрасно изложены въ нашей литературѣ однимъ изъ учениковъ проф. Богдановскаго, докторомъ В. Ратимовымъ [1]), то я и не стану объ этомъ распространяться. Скажу только, что мы рѣшаемъ прежде всего, изъ какихъ тканей развилась опухоль, физическія ствойства опухоли, способъ развитія и отношеніе къ сосѣднимъ тканямъ и лимфатическимъ железамъ, консистенцію, поверхность и возрастъ ея, т. е. продолжительность развитія.

Чтобы опредѣлить мѣсто развитія новообразованія, мы пользуемся слѣдующимъ способомъ.

Язва вышеописаннаго свойства помѣщается на щекѣ. Она подвижна въ своемъ основаніи, смѣщается въ стороны. Или же язва обладаетъ малой боковой подвижностью въ одномъ направленіи и неподвижна въ другомъ—очевидно дно язвы спаяно съ мышцей, или совсѣмъ неподвижно—срослось слѣдовательно съ костью.

Если язва подвижна, тогда она занимаетъ только толщу кожи. Слѣдовательно ткани, имѣющіяся здѣсь, и могли бы послужить почвою. Но такъ какъ у насъ имѣется язвенное новообразованіе, но это прямо указываетъ на то, что здѣсь могло развиться язвенное новообразованіе, или соединительно тканнаго типа, или эпителіальнаго. Изъ новообразованій изъявляющихся на лицѣ на почвѣ соединительной ткани развиваются только гранулемы; эпителіомы же изъ Мальпигіева слоя кожи и ея придатковъ (железъ и волосяныхъ влагалищъ). Изъ гранулемъ язвенныхъ возможны люпозная и сифилитическая—гуммознаго періода [2]).

[1]) Ратимовъ. Опухоли верхн. челюсти. Диссерт. 1882 г. стр., 109 и слѣд.

[2]) Въ случаѣ, когда язва неподвижна, т. е. поразила и мышечный слой, кость и т. д. слѣдуетъ помнить, что самыя молодыя части язвеннаго новообразованія находятся на периферіи, а слѣдовательно и въ этомъ мѣстѣ источникъ его развитія (кожа). Въ дальнѣйшемъ разсужденіе вести, какъ указано.

Изъязвляющаяся люпозная гранулема исключается на основанiи престарѣлаго возраста за 30 и за 40 лѣтъ и т. д. Но такъ какъ мы описали что epithelioma rodens не имѣетъ воспалительныхъ явленiй и узелковъ въ краѣ, а ровный, хотя и затвердѣлый край, то это исключаетъ Lupus exedens. Тѣ же физическiя свойства язвы съ прибавленiемъ данныхъ осмотра тѣла (отсутствiе пигментныхъ пятенъ, рубцовъ, перiоститовъ и узловъ въ кожѣ) исключаютъ сифилитическую, гуммозную язву. Остается предположить развитiе новообразованiя изъ эпителiальныхъ элементовъ кожи.

Такъ какъ изъ эпителiя могутъ развиваться доброкачественныя и злокачественныя новообразованiя, то мы должны вывести понятiе о натурѣ данной язвы—къ какому роду изъ нихъ она принадлежитъ.

Злокачественность новообразованiя анатомически выражается инфильтрацiей окружающихъ тканей (диссеминацiя), метастазами въ железахъ и внутреннихъ органахъ. Доброкаственныя не инфильтрируютъ тканей (клинически: рѣзко отграничены отъ нихъ) и не даютъ метастазовъ.

Такъ какъ у нашего язвеннаго новообразованiя края незначительно уплотнены на счетъ новообразованiя и довольно хорошо отграничены отъ здоровыхъ тканей (отсутствiе инфильтрацiи, resp. диссеминацiи) и не имѣется пораженiя железъ при продолжительномъ существованiи, слѣдовательно оно доброкачественно. На этомъ же основанiи исключается обыкновенный канкроидъ. Хотя бываетъ ракъ кожи (скирръ Бильрота) [1]) безъ значительной инфильтрацiи краевъ и дна язвы, но при немъ всегда бываетъ пораженiе железъ (Е. И. Богдановскiй). Слѣдовательно оба вида рака кожи исключаются.

Такимъ путемъ устанавливается дiагностика описанной нами формы—разъѣдающей эпителiомы.

Легко ли ставить дiагнозъ? Тѣмъ труднѣе, чѣмъ язва меньше, т. е. чѣмъ моложе. Но и здѣсь указанный методъ, основанный на анатомическомъ строенiи и развитiи (отношенiе къ сосѣднимъ тканямъ) ведетъ къ правильному распознаванiю.

Ошибки впрочемъ возможны. Приведу примѣръ. Дѣло идетъ объ очень маленькой язвочкѣ, около 1 сантм. въ дiаметрѣ, вы-

[1]) См. Бильротъ. op. cit.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Самая лучшая классификація болѣзней та, которая имѣетъ въ основѣ своей моментъ этіологическій.
2. Вѣроятно, что эпителіальныя новообразованія, развивающіяся изъ покровнаго эпителія, отличны по происхожденію отъ раковъ, развивающихся въ железистыхъ органахъ.
3. Доказать происхожденіе „железистыхъ раковъ“ изъ эпителія железъ весьма трудно на основаніи одной микроскопической картины.
4. Также трудно доказать происхожденіе раковъ, какъ злокачественныхъ новообразованій, изъ нормальнаго покровнаго эпителія.
5. Лучшій гистологическій методъ при рѣшеніи вопроса, изъ какихъ элементовъ развивается ракъ железистыхъ органовъ, есть методъ, основанный на исторіи развитія того же органа.
6. Мало вѣроятности, чтобы ракъ, какъ злокачественное новообразованіе, развивался изъ нормальнаго, т. е. высоко-дифференцированнаго эпителія.
7. Потребность въ „толстомъ“ журналѣ для физіологіи и патологіи весьма ощутительна.
8. Споръ объ антиссептикѣ все еще говоритъ только за новизну этого пріема въ леченіи ранъ.
9. Каждому хирургу также обязательно владѣть антисептикой, какъ и ножемъ или другимъ инструментомъ.
10. Такъ какъ различныя отрасли медицинскаго знанія стре-

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Самая лучшая классификація болѣзней та, которая имѣетъ въ основѣ своей моментъ этіологическій.
2. Вѣроятно, что эпителіальныя новообразованія, развивающіяся изъ покровнаго эпителія, отличны по происхожденію отъ раковъ, развивающихся въ железистыхъ органахъ.
3. Доказать происхожденіе „железистыхъ раковъ" изъ эпителія железъ весьма трудно на основаніи одной микроскопической картины.
4. Также трудно доказать происхожденіе раковъ, какъ злокачественныхъ новообразованій, изъ нормальнаго покровнаго эпителія.
5. Лучшій гистологическій методъ при рѣшеніи вопроса, изъ какихъ элементовъ развивается ракъ железистыхъ органовъ, есть методъ, основанный на исторіи развитія того же органа.
6. Мало вѣроятности, чтобы ракъ, какъ злокачественное новообразованіе, развивался изъ нормальнаго, т. е. высоко-дифференцированнаго эпителія.
7. Потребность въ „толстомъ" журналѣ для физіологіи и патологіи весьма ощутительна.
8. Споръ объ антиссептикѣ все еще говоритъ только за новизну этого пріема въ леченіи ранъ.
9. Каждому хирургу также обязательно владѣть антисептикой, какъ и ножемъ или другимъ инструментомъ.
10. Такъ какъ различныя отрасли медицинскаго знанія стре-

мятся изъ области эмпиризма перейти на научную почву,— то болѣе обширное естественно-научное образованіе необходимо каждому изучающему медицину.

11. Патолого-анатомическія знанія служать основой для клинической діагностики опухолей и другихъ заболѣваній.

Curriculum vitae.

Василій Александровичъ Розовъ, 28 лѣтъ отъ роду, родился въ Каменецъ-Подольской губерніи. Послѣ домашней подготовки поступилъ въ классическую гимназію, по окончаніи которой, въ 1878 году поступилъ въ С.-Петербургскій университетъ по отдѣленію Естественныхъ наукъ Физико-Математическаго факультета, гдѣ и прошелъ четыре курса. Въ 1882 году перешелъ въ Военно-Медицинскую Академію, гдѣ и окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ 1885 году съ отличіемъ. По конкурсу оставленъ при Академіи на три года для усовершенствованія. Имъ представлена настоящая работа: „Epithelioma rodens (ulcus rodens) въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи“ для полученія степени доктора медицины.